



**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI FERRARA**  
**FACOLTA' DI ECONOMIA**

**LA REMUNERAZIONE DEL FARMACISTA: UN  
MODELLO MULTIDIMENSIONALE**

*Rapporto finale*



A cura del gruppo di ricerca:

Emidia Vagnoni (Responsabile Scientifico)

(Professoressa di Economia delle Aziende Sanitarie)

Monia Castellini

(Ricercatrice di Economia Aziendale)

Enrico Bracci

(Ricercatore di Economia Aziendale)

Elena Pizzo

(Dottoranda di ricerca in economia)

Gennaio 2006

## ***Introduzione***

Il farmacista costituisce una figura professionale che nella sanità italiana ha sempre assunto un ruolo di rilievo, contribuendo al raggiungimento dei risultati di efficacia terapeutica.

I cambiamenti che nell'ultimo decennio hanno caratterizzato il servizio sanitario nazionale e i numerosi provvedimenti in materia di distribuzione del farmaco hanno progressivamente permesso l'affermarsi di una visione del farmacista quale distributore di farmaci, mancando quindi di riconoscerne le caratteristiche professionali.

Molti Paesi hanno già affrontato la criticità del ruolo del farmacista sia quale attore in grado di incidere sull'andamento della spesa farmaceutica, sia nella sua professionalizzazione e capacità di generare valore (efficacia, qualità) nell'ambito del sistema sanitario. Tali esperienze hanno condotto ad un superamento del meccanismo di remunerazione del farmacista, proporzionale al prezzo del farmaco venduto, per sposare meccanismi che vedano valorizzate e retribuite le caratteristiche professionali del farmacista medesimo.

Tale studio presenta un modello multidimensionale di remunerazione delle attività e delle performance del farmacista. Lo studio è stato realizzato secondo le seguenti fasi:

- (1) Analisi dei modelli di remunerazione del farmacista;
- (2) Analisi dell'andamento della spesa farmaceutica e delle caratteristiche;
- (3) Analisi delle esperienze internazionali in tema di riforma del sistema di remunerazione dei farmacisti;
- (4) Analisi empirica delle attività e dei servizi effettivamente erogati dai farmacisti in Italia;
- (5) Proposta di modelli multidimensionali di remunerazione e simulazioni.

<b>SEZIONE I .....</b>	<b>7</b>
<b>ANALISI DELLA LETTERATURA.....</b>	<b>7</b>
1. I modelli di remunerazione del farmacista .....	7
2. La spesa farmaceutica: una prospettiva internazionale.....	12
3. La spesa farmaceutica: il contesto italiano .....	15
4. Il processo distributivo: i margini .....	20
<b>ANALISI DEI CASI INTERNAZIONALI .....</b>	<b>23</b>
1. La Remunerazione del Farmacista nel Regno Unito .....	23
1.1. Il mercato inglese del farmaco .....	23
1.1.1 Normativa di riferimento .....	25
1.1.2 Dispensazione dei farmaci .....	29
1.1.4 Le politiche di prezzo. ....	31
1.2. La valorizzazione della figura professionale del farmacista attraverso la promozione della salute .....	35
1.2.1 La promozione della salute .....	35
1.2.2 La remunerazione dei farmacisti.....	37
1.2.3 Innovazioni in Gran Bretagna.....	41
1.3 La valorizzazione della figura professionale del farmacista attraverso il piano sanitario nazionale .....	43
2. La remunerazione del farmacista in Svizzera .....	47
2.1 Legge sull'assicurazione malattie (LAMal) .....	47
2.2 Il Sistema farmaceutico .....	48
2.3 La spesa farmaceutica .....	51
2.4 Il modello di remunerazione del farmacista .....	52
2.4.1 Il modello di remunerazione del farmacista preesistente.....	53
2.5 La remunerazione del farmacista basata sulle prestazioni. ....	55
2.5.1 Le altre prestazioni pagate secondo il nuovo tariffario a punti.....	58
2.6 Primi effetti del nuovo modello di remunerazione in base alle prestazioni.....	59
3. Il modello di remunerazione del farmacista in Canada .....	63
3.1 La spesa farmaceutica in Canada.....	63
3.2 La formazione del prezzo del farmaco .....	69
3.4 Il ruolo e la remunerazione del farmacista.....	69
4. Osservazioni di sintesi sui Paesi indagati .....	75
<b>SEZIONE II .....</b>	<b>76</b>
<b>L'ANALISI DELLE ATTIVITA' SVOLTE DAI FARMACISTI.....</b>	<b>76</b>
1. Introduzione .....	76
2. L'analisi dei dati: le attività di consulenza .....	79

3. L'analisi dei dati: le attività di supporto alla prevenzione.....	83
4. Analisi dei dati: gestione tecnologica del paziente-utente.....	87
5. Analisi dei dati: Servizi aggiuntivi .....	93
6. Considerazioni conclusive .....	95

<b>IL MODELLO MULTIDIMENSIONALE DI REMUNERAZIONE DEL FARMACISTA .....</b>	<b>96</b>
1. Le determinanti del modello multidimensionale .....	96
2. Il modello multidimensionale di remunerazione del farmacista.....	98
3. Modelli e Simulazioni.....	101
3.1 Simulazioni con l'assegnazioni di pesi alle diverse determinanti e ai servizi	101
3.2 Simulazioni su due Farmacie.....	107
3.4 Considerazioni conclusive .....	113
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>114</b>

# SEZIONE I

## ANALISI DELLA LETTERATURA

### **1. I modelli di remunerazione del farmacista**

La remunerazione della catena distributiva del farmaco è in quasi tutte le nazioni europee soggetta a forme di regolamentazione pubblica in quanto il servizio in oggetto è individuato come un servizio di interesse sociale.

Nell'ambito dei paesi europei è possibile evidenziare diverse politiche di intervento nel settore farmaceutico a seguito di differenti modalità di regolamentazione dei prezzi dei farmaci. Comuni sono tuttavia gli obiettivi perseguiti con tali politiche:

- garantire la sicurezza, la qualità ed efficacia del prodotto;
- controllare la spesa farmaceutica pubblica;
- promuovere ed incentivare la professionalità del farmacista.

I diversi meccanismi di regolazione adottati sono così sintetizzabili:

1. la definizione dei criteri per l'ammissione, di ogni singolo farmaco nelle fasce per cui è previsto il rimborso del prezzo da parte del Sistema Sanitario Nazionale e la conseguente determinazione di liste positive (farmaci rimborsabili) e/o negative (farmaci a carico del consumatore finale);
2. la fissazione del prezzo di vendita al pubblico (meccanismo di prezzi amministrati);
3. la determinazione dei livelli di rimborso per classe di specialità (meccanismo del prezzo di riferimento);
4. l'imposizione di vincoli al profitto delle imprese farmaceutiche;
5. la fissazione dei margini di profitto ai grossisti e farmacisti;
6. la regolamentazione dei canali distributivi.

Tali politiche nazionali trovano la loro principale ragione d'essere nel tentativo di diminuire i prezzi dei farmaci o, in ogni caso, nella riduzione della spesa farmaceutica nazionale.

Tra i differenti studi in tema di spesa farmaceutica pubblica molto è stato fatto a livello europeo circa le diverse politiche economiche adottate dai Paesi Europei, ma ben pochi studi si sono orientati sulla comprensione delle logiche alla base dei differenti metodi

individuati per remunerare i soggetti distributori e dispensatori di farmaci. Il prezzo del farmaco è, infatti, composto da più variabili e precisamente: il ricavo di industria (il prezzo riconosciuto alle case farmaceutiche), i margini al grossista ed al farmacista e l'imposta sul valore aggiunto.

Un'analisi sulle diverse modalità di remunerazione dei soggetti erogatori di farmaci contribuirebbe, così come altri interventi, al controllo della spesa farmaceutica.

Le modalità di rimborso dei dispensatori di farmaci si possono raggruppare in differenti categorie (Brunetti et al., 1996) a seconda degli obiettivi principali perseguiti dai Paesi, dall'oggetto nel quale viene ad essere individuata l'attività del soggetto, dalle diverse condizioni in cui si trova un Paese ecc.

Un primo sistema di calcolo della retribuzione determina i margini della distribuzione in modo *proporzionale* rispetto al prezzo del farmaco applicato al pubblico, prevedendo una percentuale fissa sul prezzo di vendita delle specialità etiche (farmaci venduti con ricetta medica). Il sistema descritto è, ad oggi, applicato da Paesi quali Portogallo, Spagna e Italia. Nell'analisi del sistema proporzionale vi è da sottolineare che l'applicazione di una percentuale fissa sul prezzo protegge i grossisti ed i farmacisti da distorsioni derivanti dal mutamento del potere d'acquisto, ma contemporaneamente incide notevolmente sulla spesa pubblica dei farmaci per "l'effetto moltiplicatore" che si viene a creare. Tale effetto rappresenta un notevole ostacolo al perseguimento di politiche di contenimento della spesa nel caso in cui sia molto rilevante il cosiddetto "effetto mix", cioè lo spostamento dei consumi dei farmaci di vecchia registrazione (a prezzo inferiore) a quelli di ultima registrazione (a prezzo più elevato, ma non sempre più efficaci).

Un secondo sistema di remunerazione ricomprende i metodi che determinano *margini regressivi*, cioè inversamente proporzionali rispetto al livello dei prezzi. Il metodo in analisi si distingue in tre sottogruppi:

- a percentuali decrescenti;
- a onorario fisso per prestazione;
- metodo misto: fisso + percentuale sul prezzo.



Il metodo a percentuale decrescente prevede che la percentuale massima venga applicata ai farmaci appartenenti alla fascia a minore prezzo, mentre la percentuale minima corrisponde ai farmaci con prezzo più elevato (es. Germania e Francia).

La quota fissa per prescrizione determina necessariamente un margine regressivo rispetto al prezzo di vendita del farmaco. Un effetto analogo si verifica di fatto anche per i metodi misti in quanto l'esiguità della percentuale sul prezzo al pubblico è tale da non modificare la regressività indotta dalla quota fissa (es. Irlanda e Danimarca).

In generale, l'adozione di un sistema con tali caratteristiche meglio si adatta alle politiche di contenimento della spesa farmaceutica, in quanto nel lungo periodo l'eventuale "effetto mix" provocherebbe una riduzione in percentuale del margine alla distribuzione. In altri termini, il margine regressivo ha il grande vantaggio di produrre una considerevole attenuazione dell'effetto moltiplicatore (tipico dei sistemi a percentuale mista), in quanto la retribuzione effettiva della distribuzione finale cresce meno che proporzionalmente rispetto ad ogni aumento del ricavo delle industrie. Tale metodo però a differenza del primo non lega la remunerazione dei farmacisti con la variazione del potere d'acquisto della moneta nazionale, a meno che non siano previste indicizzazioni delle percentuali e dell'ampiezza delle fasce di prezzo.

Il terzo metodo di remunerazione individuato fa riferimento a quei Paesi dell'Unione Europea che cercano di remunerare specificatamente la dispensazione effettuata dal farmacista per conto del servizio pubblico. Vi sono diversi sistemi di applicazione del metodo non legato al prezzo del farmaco, la caratteristica comune di questi sistemi può essere considerata la scelta da parte delle autorità pubbliche di non collegare il margine della distribuzione finale al prezzo del farmaco etico. Il farmacista viene remunerato per la prestazione di pubblico interesse effettuata, ovvero la dispensazione dei farmaci etici, con la finalità di correlare la remunerazione degli addetti alla distribuzione finale, e di conseguenza anche la spesa pubblica di farmaci, al servizio realmente offerto alla popolazione, espresso in misura quantitativa dalle prescrizioni richieste dai pazienti. In tal senso la remunerazione in questo modo diviene principalmente funzione del volume di attività svolta, ovvero al numero di confezioni dispensate. Sembra doveroso sottolineare una peculiarità di tale sistema di remunerazione, rappresentata dal ruolo attivo che le associazioni di categoria e le autorità pubbliche svolgono e che connota

come "contrattuali" i metodi appena descritti. A differenza di quanto succede nella maggioranza degli altri Paesi, le autorità pubbliche olandesi e britanniche si limitano ad effettuare un'azione di controllo dei profitti globali delle farmacie in funzione dei dati economico-finanziari forniti dalla distribuzione finale (si vedrà nella sezione dedicata al caso del Regno Unito come, in tale Paese, il Department of Health negozi singolarmente con ciascuna azienda uno specifico livello di redditività sul capitale investito, il Return on Capital).

Da quanto finora esposto si evince come la situazione a livello europeo si presenti molto eterogenea e complessa, e pertanto la valutazione dell'adeguatezza di un sistema di remunerazione della distribuzione farmaceutica non può limitarsi al valore del margine ad essi riconosciuto per legge, ma deve includere anche l'esame di altri fattori che ne influenzano la redditività. Tra questi ultimi ricordiamo ad esempio la limitazione dei punti di vendita, l'ampiezza della gamma di prodotti commercializzati in esclusiva, gli sconti e le dilatazioni dei pagamenti concessi all'interno del canale distributivo. Infine, non si può non tener conto anche del fatto che l'eterogeneità presente tra i diversi Paesi può essere ricondotta anche alla diversa interpretazione che le autorità pubbliche attribuiscono alla farmacia, che oscilla tra due estremi, quella di "negozi di articoli sanitari" e quello ideale di "punto di vendita di un servizio sanitario".

In considerazione della rilevanza della problematica appena richiamata, nonché dell'attualità della stessa in un contesto come quello odierno in cui si dibatte sulla modalità della distribuzione dei farmaci, l'analisi del ruolo attualmente svolto dal farmacista, nonché lo studio di eventuali meccanismi di incentivazione alla massimizzazione del proprio contributo alla tutela della salute, costituisce un originale contributo.

Il lavoro risulta strutturato come segue:

- ◇ Analisi della letteratura in materia di spesa farmaceutica
- ◇ Analisi dei modelli di remunerazione del Farmacista
- ◇ Analisi delle esperienze internazionali di riforma del sistema di remunerazione (Canada, Svizzera, Inghilterra)
- ◇ Analisi empirica dei servizi offerti dalle Farmacie
- ◇ Definizione del modello multidimensionale della remunerazione del Farmacista

◇ Simulazioni

## **2. La spesa farmaceutica: una prospettiva internazionale**

Le politiche di regolazione e contenimento della spesa farmaceutica svolgono un ruolo fondamentale sia per lo stato di salute della popolazione, sia per l'impatto sul mercato e l'industria farmaceutica.

L'attenzione da parte dei paesi industrializzati verso tali politiche è cresciuta al pari del trend in continua ascesa della spesa farmaceutica, la quale rappresenta, in media nei paesi OCSE, circa il 15% della spesa sanitaria complessiva. Su tale dato incidono diversi fattori, in modo prevalente, l'assetto istituzionale e lo stato di benessere economico della popolazione.

Pertanto, nel momento in cui si riferisce alla spesa farmaceutica due sono gli aspetti tra loro collegati da tenere in considerazione:

1. L'assetto istituzionale del sistema sanitario e socio-assistenziale e le politiche volte al miglioramento dello stato di salute, al contenimento della spesa complessiva e di quella pubblica in particolare.
2. L'assetto del mercato farmaceutico, il sistema distributivo e le politiche volte alla ricerca di efficienza economica, competitività e innovazione.

In modo particolare, il secondo punto relativo alla spesa farmaceutica pubblica è divenuto negli ultimi anni un sempre più acceso argomento di dibattito istituzionale, con il tentativo da parte dei governi di contemperare gli obiettivi socio-sanitari di assistenza con quelli più prettamente economici, all'interno di un quadro macro-economico complessivo orientato al contenimento della spesa pubblica. Si ricordava poc'anzi come diversi sono i fattori che possono essere portati a parziale spiegazione della crescita della spesa farmaceutica, fattori spesso interrelati tra loro. Tra questi troviamo anche il processo distributivo, di formazione del prezzo finale ed il ruolo delle pratiche di dispensazione (si veda scheda n 1).

### Scheda n. 1: I fattori determinanti l'aumento della spesa farmaceutica

**Prezzo**

Variazione dei prezzi unitari dei farmaci  
Variazione dei mark-up di distribuzione  
Disponibilità di generici  
Prezzi internazionali  
Inflazione  
Introduzione di nuove formule farmaceutiche

**Consumo**

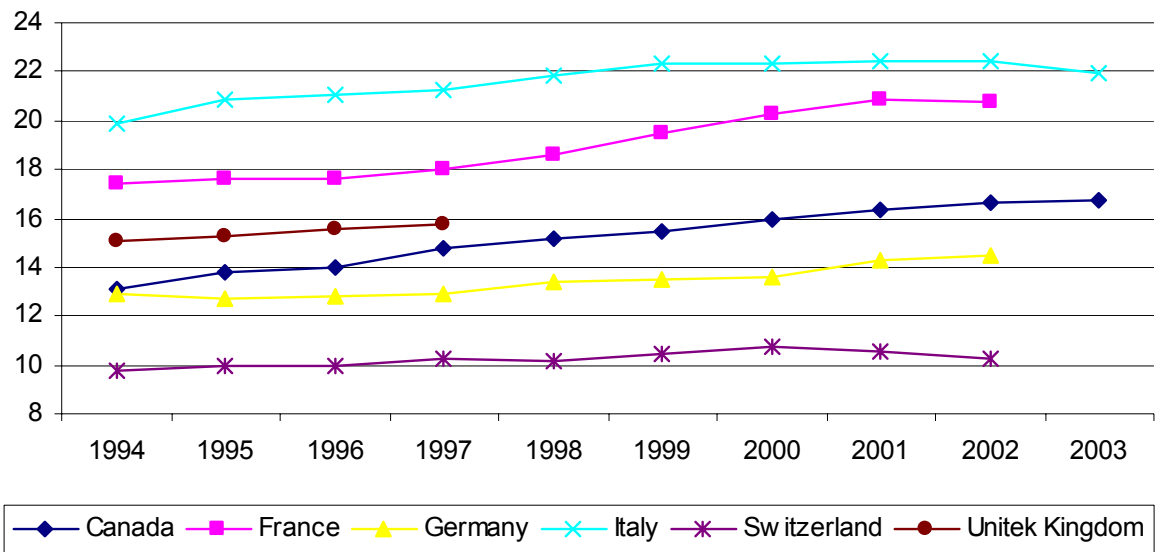
Aumento della popolazione  
Variazione della composizione della popolazione (età, sesso...)  
Variazione nello stato di salute della popolazione  
Cambiamenti nell'assetto del sistema sanitario  
Disponibilità e accesso a forme di assicurazione privata  
Cambiamenti nella politica farmaceutica  
Introduzione di nuove tecnologie e scoperte scientifiche  
Promozione di nuovi farmaci presso i medici di medicina generale  
Promozione di nuovi farmaci presso i consumatori  
Cambiamenti nelle pratiche di prescrizione e di dispensazione del farmaco  
Numerosità e varietà dei soggetti con funzione di prescrizione dei farmaci  
Aspettative del paziente/consumatore

Obiettivo di questa sezione è quella di analizzare il trend della spesa farmaceutica e dei margini riconosciuti ai diversi soggetti che prendono parte al processo distributivo.

Prima di procedere all'analisi dettagliata della spesa farmaceutica in Italia, si ritiene opportuno contestualizzare alcuni dati in un'ottica internazionale comparata, al fine di meglio comprendere tale argomento.

Dai dati disponibili e provenienti principalmente dalla banca dati dell'OCSE, si può evidenziare come la spesa farmaceutica rappresenti una componente sempre più rilevante all'interno della spesa sanitaria complessiva. In tutti i Paesi considerati, l'incidenza della spesa farmaceutica è in crescita; in Italia si attesta intorno al 22%, mentre la Svizzera si colloca all'ultimo posto con solo il 10% circa.

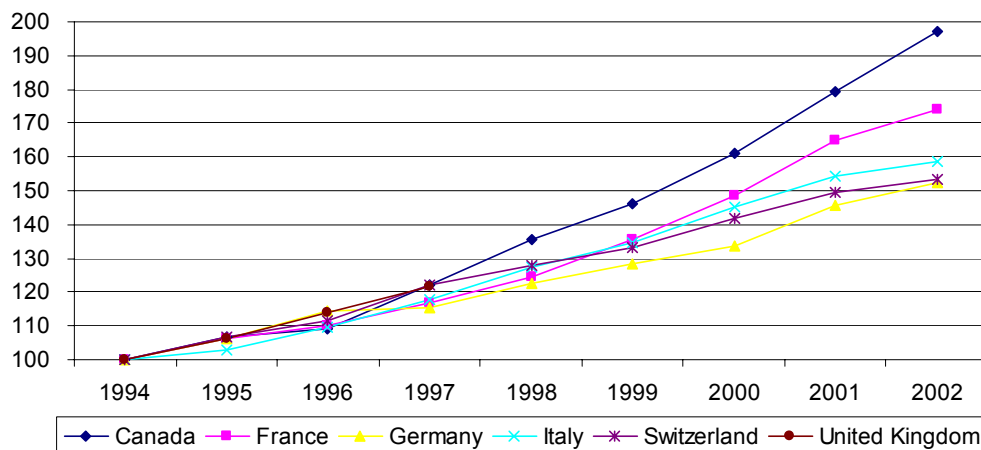
**Figura 1 Spesa farmaceutica come % della spesa sanitaria complessiva**



Fonte: nostra elaborazione su dati OCSE (2004)

Il dato non sorprende alla luce dell'andamento che la spesa farmaceutica, con crescite che nell'ultimo decennio hanno visto quasi raddoppiare i valori (Figura 2), come nel caso del Canada o della Francia.

**Figura 2 Andamento della spesa farmaceutica complessiva (1994=100)**



Fonte: nostra elaborazione su dati OCSE (2004)

In considerazione del fatto che in tali Paesi la componente pubblica della spesa farmaceutica si attesta intorno al 50%, con massimi in Germania (74%), Svizzera

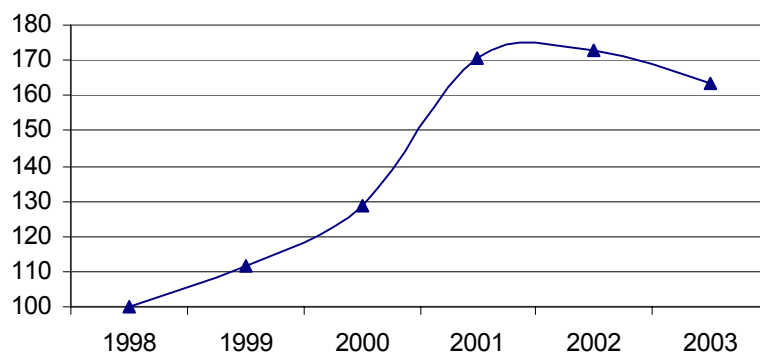
(67%), Francia (67%) e Italia (52%) e minimi in Canada (37%), è facile comprendere come la politica farmaceutica e la regolazione del mercato sia divenuto sempre più un elemento di primario interesse per i Governi.

### 3. La spesa farmaceutica: il contesto italiano

L'analisi della spesa farmaceutica territoriale convenzionata (Figura 3) mette in evidenza come dal 1998 al 2001 vi sia stato un notevole incremento dovuto principalmente all'abolizione del ticket (2000) e al contestuale aumento nei consumi farmaceutici. Gli anni 2002 e 2003, al contrario, hanno evidenziato un processo di contrazione della spesa farmaceutica pubblica imputabile a diversi fattori, tra i quali:

- La riduzione dei prezzi dei farmaci del 7% rispetto al 5% già introdotto nel maggio del 2002.
- La revisione del prontuario farmaceutico nazionale.
- Aumento dello sconto imposto a carico delle farmacie.
- L'introduzione di ticket regionali e in alternativa la possibilità di erogazione diretta da parte delle Aziende USL e Aziende Ospedaliere di farmaci.

**Figura 3 Andamento spesa netta farmaceutica convenzionata (1998=100)**

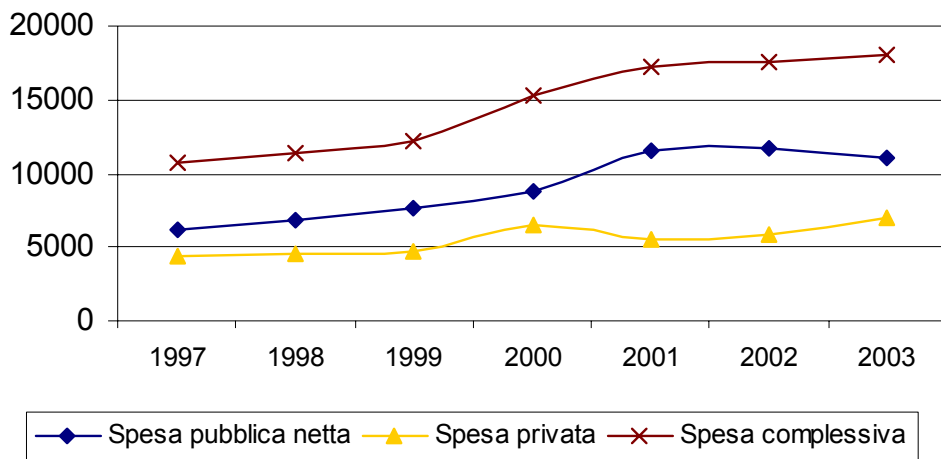


*Fonte: nostra elaborazione su dati Farindustria (2004)*

La spesa farmaceutica complessiva ha comunque evidenziato un progressivo incremento, legato ad un aumento della spesa privata. L'Italia (55%) si colloca intorno alla media dei paesi OCSE (58%) nel rapporto di composizione della spesa farmaceutica pubblica rispetto alla spesa complessiva. Un rapporto che, come mostrano

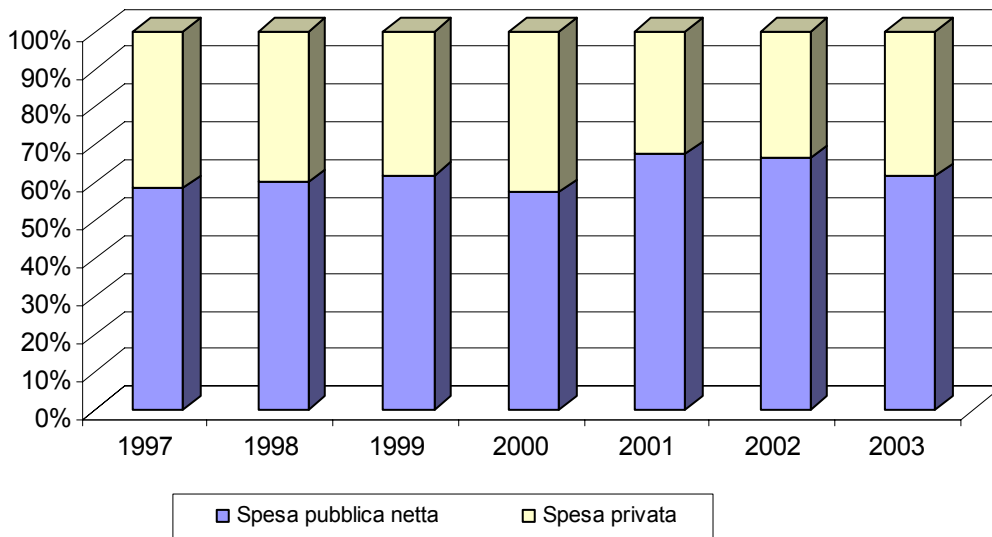
le figure 4 e 5, ha teso a mantenersi costante a partire dal 1997, con una tendenza alla convergenza negli ultimi anni.

**Figura 4 Spesa farmaceutica complessiva, pubblica e privata (milioni di euro)**



Fonte: nostra elaborazione su dati Farindustria (2004)

**Figura 5 Rapporto di composizione spesa farmaceutica pubblica/privata**



Fonte: nostra elaborazione su dati Farindustria (2004)



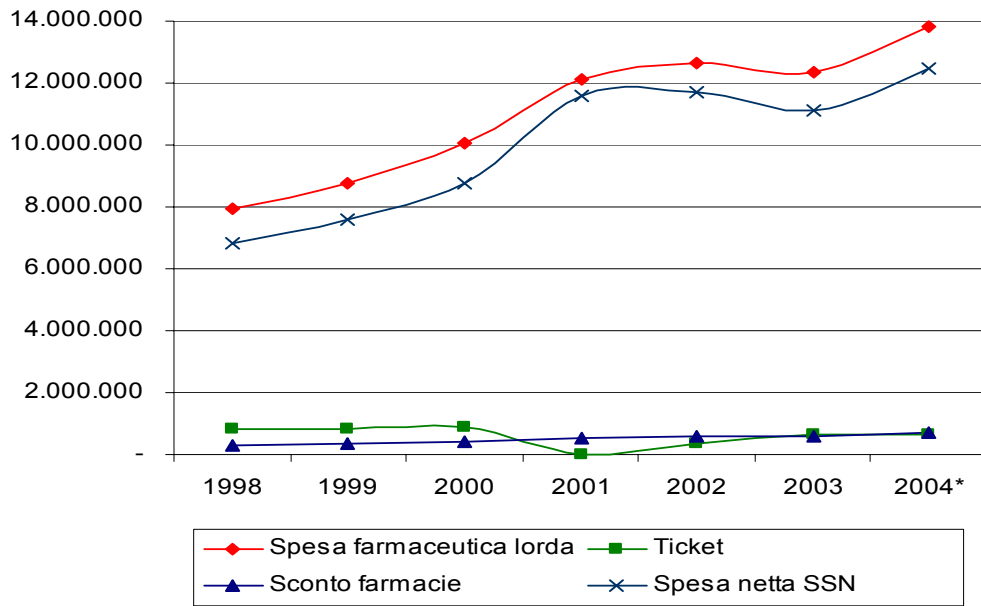
Ai fini del presente lavoro di ricerca, risulta rilevante focalizzarsi principalmente sulla componente pubblica della spesa farmaceutica territoriale poiché, per le farmacie, rappresenta una delle attività principali e permette di collocare il farmacista al centro del generale servizio sanitario nazionale. D'altronde la convenzione che lega le farmacie con il SSN, in maniera esplicita afferma che le Regioni si possono avvalere delle farmacie aperte al pubblico per lo svolgimento, tra l'altro, dei seguenti servizi (art. 2):

1. qualificare e razionalizzare il servizio reso;
2. attuare l'informazione al cittadino (prevenzione, educazione sanitaria);
3. attuare le prenotazioni di prestazioni specialistiche per via informatica;
4. monitorare il consumo dei farmaci anche ai fini di indagini di farmacovigilanza;
5. attuare l'integrazione della farmacia con le strutture socio sanitarie deputate alle effettuazione dell'assistenza domiciliare.

In questa analisi, è interessante evidenziare come, al fine di determinare la spesa netta a carico del SSN, sia necessario considerare due ulteriori elementi: gli sconti imposti alle farmacie sul prezzo del farmaco, e gli strumenti di compartecipazione, variabili nel tempo. La figura 6 seguente mette in evidenza l'andamento di questi elementi, con una divaricazione negli ultimi due anni della forbice tra spesa lorda e spesa netta, legata alle politiche di contenimento della spesa che hanno inciso sia sugli sconti imposti, sia sugli strumenti di compartecipazione alla spesa, reintrodotti in diverse regioni italiane.

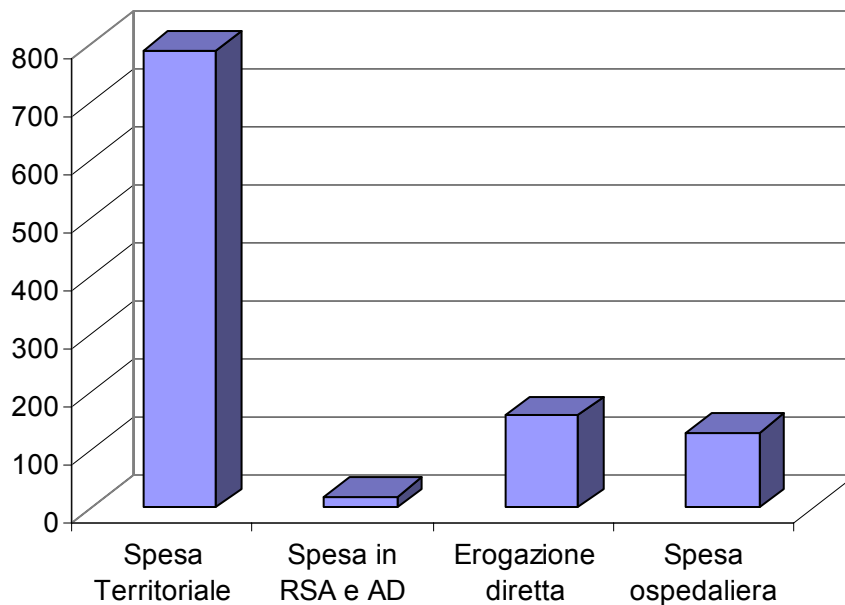
La spesa farmaceutica territoriale è influenzata dalle politiche regionali orientate a favorire la somministrazione diretta dei farmaci da parte delle aziende sanitarie (AUSL e AO). Infatti, la distribuzione diretta permette di ridurre il costo dei farmaci sia per l'assenza dei margini dei farmacisti, sia per la maggiore forza contrattuale che le aziende sanitarie possono applicare nei confronti della case farmaceutiche e dei grossisti.

**Figura 6 Andamento spesa farmaceutica pubblica lorda e netta ('000)**



Fonte: nostra elaborazione su dati Farindustria e IMF

**Figura 7 Spesa farmaceutica Regione Emilia-Romagna distinta per canale di distribuzione (anno 2003 – dati in milioni di €)**

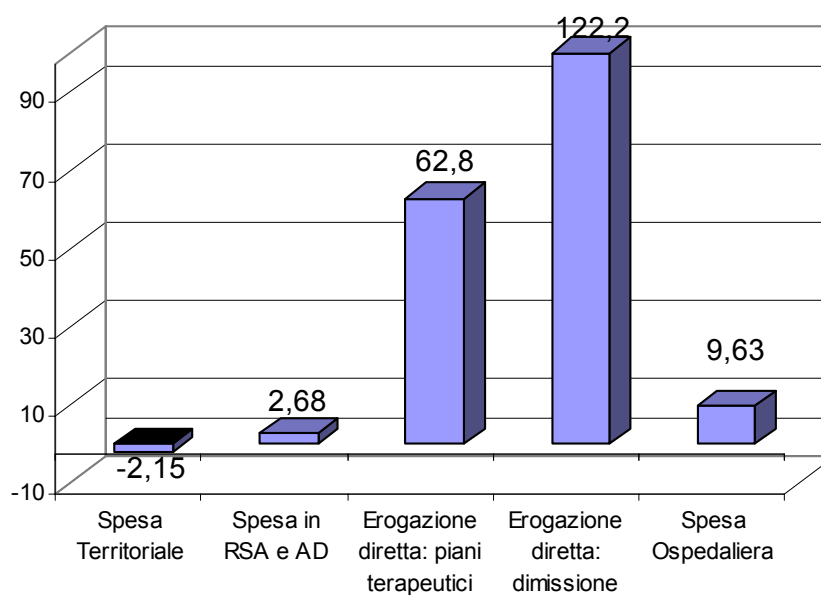


Fonte: nostra elaborazione su dati Agenzia Sanitaria Regione Emilia-Romagna

La figura 7 evidenzia la composizione della spesa farmaceutica complessiva della Regione Emilia-Romagna, dove il contenimento della spesa, in assenza di ticket sui farmaci, è perseguito tramite un'indicazione chiara verso l'aumento della distribuzione diretta da parte delle aziende sanitarie. Nel 2003, l'erogazione diretta ammontava a circa 120 milioni di euro.

Più interessante, in questa analisi, è osservare gli andamenti di queste componenti della spesa farmaceutica, che permettono anche di verificare l'efficacia delle politiche regionali e le abitudini di consumo. La figura 8, a questo proposito, mette in evidenza un sensibile aumento della erogazione diretta sia per piani terapeutici e cronici (+62,8%), sia in fase di dimissione (+122,2%). La spesa territoriale, al contrario, e probabilmente per effetto della politica regionale, registra una variazione negativa (-2,15%) rispetto al dato del 2002.

**Figura 8 Variazione % spesa farmaceutica per canale distributivo Regione Emilia-Romagna (2002-2003)**



Fonte: nostra elaborazione su dati Agenzia Sanitaria Regione Emilia-Romagna

#### **4. Il processo distributivo: i margini**

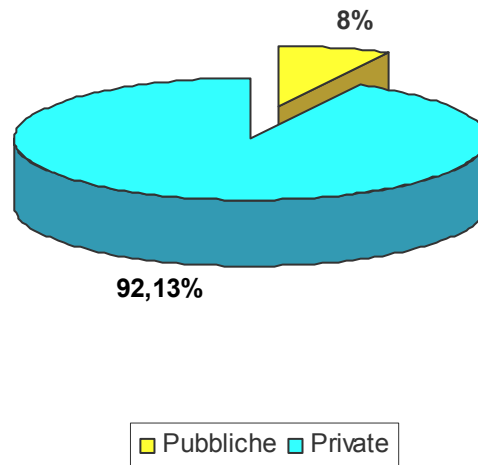
È noto come in Italia la distribuzione dei margini del costo dei farmaci sia definito da un apposito provvedimento legislativo (legge n. 662 del 1996). Esso prevede che il costo complessivo del farmaco a carico del S.S.N. sia distribuito tra produttori e distributori in base alle seguenti quote:

- Industria      66,65%
- Grossisti      6,65%
- Farmacie      26,70%

Si tratta di dati lordi che non tengono conto di due elementi, il primo è lo sconto imposto alle farmacie sul costo del farmaco convenzionato, il secondo è la contrattazione commerciale tra industria e grossisti e questi ultimi con le farmacie sulla quale può incidere in maniera sostanziale la eterogenea forza contrattuale. In effetti, l'Italia si caratterizza per la presenza di farmacie con livelli dimensionali molto eterogenei, passando dalla piccola farmacia rurale a grandi aziende pubbliche o catene di farmacie di proprietà privata. Nel giugno 2003 (dati Assofarm) erano attive sul territorio nazionale 16.726 farmacie, ovvero una media di una farmacia ogni 3.465 abitanti, al di sotto di quanto previsto dalla normativa (legge n. 362 del 1991), ovvero ogni 4.000 abitanti nei Comuni con più di 12.500 abitanti e ogni 5.000 negli altri casi. Ciò è legato agli ambiti di flessibilità che la legge consente, principalmente in considerazione della conformazione fisica del territorio nazionale e della necessità di garantire il servizio di pubblica utilità anche nei piccoli centri. La legge n. 221 del 1968, infatti, tutela quelle che sono definite farmacie rurali, ovvero localizzate in Comuni con meno di 5.000 abitanti, il cui numero supera le 6.000 unità.

La proprietà delle farmacie in Italia è principalmente di tipo privato (si veda Figura 9), rappresentando circa il 92% del complessivo.

**Figura 9 La natura proprietaria delle farmacie in Italia**



*Fonte: nostra elaborazione su dati Assofarm*

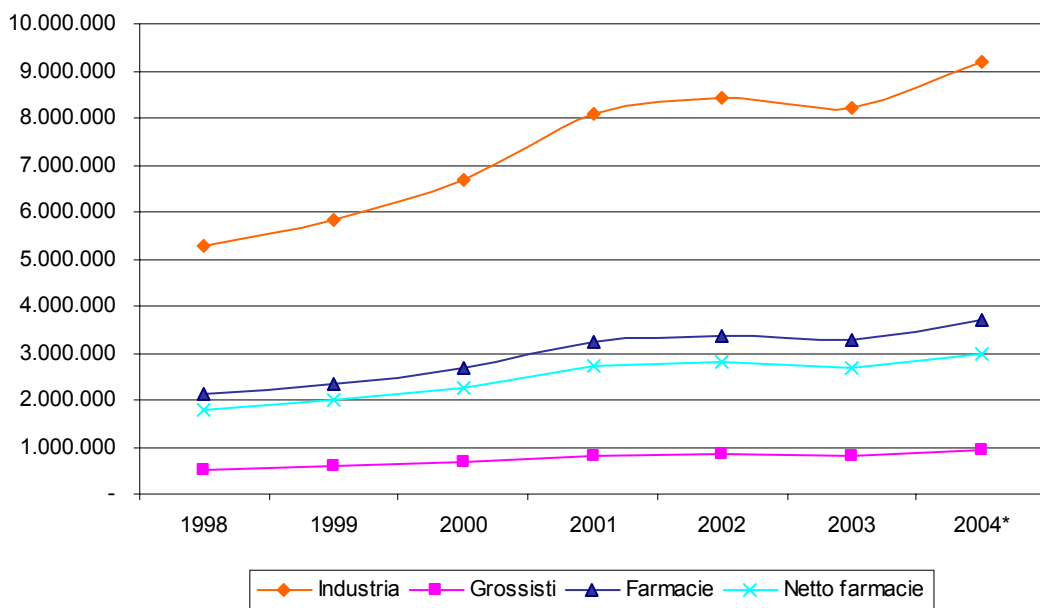
Ai fini del presente lavoro, questi elementi non sono presi in considerazione e le elaborazioni successive si basano sui dati complessivi disponibili.

La figura 10 presenta la suddivisione teorica della spesa farmaceutica convenzionata tra le tre componenti della produzione e distribuzione.

Di maggiore interesse è l'analisi della figura 11, ovvero del confronto tra il margine lordo e netto spettante alle farmacie che, a causa degli sconti imposti, mostra una costante divaricazione, segnale questo di una politica di contenimento della spesa pubblica che è andata ad intaccare i margini riconoscibili in linea teorica alla farmacie.

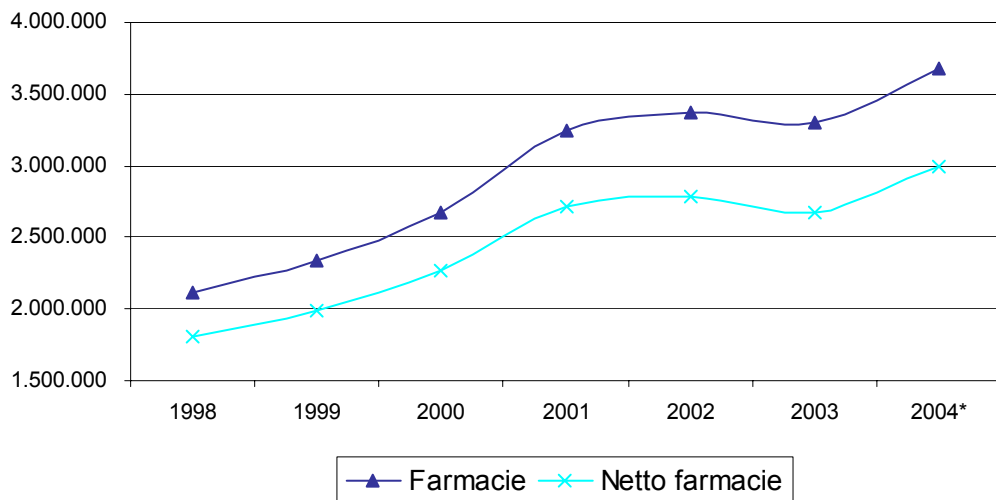
Nel 2003, il margine netto medio introitato dalle 16.726 farmacie si aggirava intorno ai 161.000 euro.

**Figura 10 Margini complessivi spesa farmaceutica pubblica -Industria, grossisti e farmacie- ('000)**



Fonte: nostra elaborazione su dati Farindustria e IMF

**Figura 11 Andamento margine lordo e netto farmacie ('000)**



Fonte: nostra elaborazione su dati Farindustria e IMF

# ANALISI DEI CASI INTERNAZIONALI

## 1. La Remunerazione del Farmacista nel Regno Unito

L'analisi del modello di remunerazione del farmacista nel regno Unito costituisce oggetto di interesse, ai fini dello studio, poiché da alcuni anni è in corso di individuazione un modello che incentivi i farmacisti a contribuire a ridurre la spesa farmaceutica.

Pertanto, nel corso del paragrafo, oltre a descrivere le caratteristiche innovative della soluzione britannica, vengono analizzate le finalità di tale ipotesi, nonché le caratteristiche del mercato farmaceutico.

### 1.1. Il mercato inglese del farmaco

Il mercato inglese dei farmaci generici è attualmente al primo posto in Europa per numero di prescrizioni: nel 1995, infatti, la diffusione del generico era pari al 50% del mercato a quantità (Southwort, 1996).

A raggiungere tale risultato hanno contribuito una serie di decisioni di carattere normativo che hanno incentivato il mercato di tale categoria di farmaci, la più significativa delle quali si è rivelata l'introduzione del fundholding, ovvero l'attribuzione di un budget di spesa ai gruppi di medicina di base.

Inoltre, nella realtà inglese i meccanismi di determinazione dei prezzi dei farmaci e la regolamentazione della distribuzione (intermedia e finale) si concatenano in modo tale da salvaguardare i profitti delle aziende farmaceutiche e, contemporaneamente, contenere la spesa a carico del National Health Service (NHS)<sup>1</sup>.

Il sistema sanitario inglese è impostato sul National Health Service (NHS), il servizio pubblico che provvede all'erogazione e al finanziamento dei servizi sanitari per tutta la popolazione. Il NHS è finanziato per l'80% dalla tassazione generale, per il 16% da contributi sanitari e per il resto dalla compartecipazione alla spesa da parte dei pazienti (Garattini, 1993).

---

<sup>1</sup> Garattini L., Mantovani L., Scopelliti D. (1993) " Metodologie per la determinazione dei prezzi dei farmaci nei principali Paesi europei". Milano, Kailash Editore.

I fondi confluiscono al Ministero del Tesoro e la spesa per il NHS è decisa dal governo in sede di destinazione annuale della spesa pubblica. I fondi affluiscono separatamente a due servizi: il servizio di assistenza di base e i servizi ospedalieri che comprendono gli ospedali, i servizi medici specialistici e i servizi socio-sanitari; quest'ultima area assorbe circa i 2/3 del totale. Il Department of Health (DoH), a cui affluiscono gli stanziamenti, provvede al pagamento di farmacisti e medici di famiglia in rapporto alle prestazioni fornite. La compartecipazione dei pazienti alla spesa farmaceutica avviene tramite il pagamento di un ticket fisso per ricetta.

Il finanziamento delle autorità sanitarie locali tiene conto sia della composizione demografica, sia del tasso di mortalità della popolazione.

L'assistenza privata ricopre un ruolo storicamente subalterno nei confronti del servizio pubblico: offre un'ampia scelta di medici e liste di attesa più corte.

A partire dal 1989, il sistema sanitario inglese ha conosciuto un periodo di importanti riforme a livello istituzionale e organizzativo. In quell'anno il governo Thatcher promulgò il libro bianco "Working for patients", entrato in vigore nel 1991, con il quale venivano introdotte riforme radicali, fra cui un modello organizzativo innovativo per la medicina di base (Garattini, 1993).

Nello stesso anno è stato introdotto il Budget Fundholding, il cosiddetto "Schema per la Gestione di un Bilancio Autonomo", per effetto del quale i gruppi di medicina di base con oltre 7.000 pazienti possono richiedere alla competente autorità sanitaria lo statuto di Fundholders, ottenendo un budget proporzionale al numero di pazienti assistiti per coprire le spese di personale, la manutenzione dei locali e le prestazioni sanitarie (prescrizioni farmaceutiche, visite specialistiche ambulatoriali, ecc.) a favore dei propri assistiti (Garattini, 1993; Fattore e Longo, 1996; Vendramini, 1997).

L'idea nasce dalla necessità di responsabilizzare i medici di base, concedendo loro una certa autonomia finanziaria, al fine di incentivarli ad agire come acquirenti "informati" per conto e a vantaggio dei pazienti.

La partecipazione a tale schema è volontaria e reversibile; il finanziamento viene definito direttamente dal Department of Health, mentre il controllo dell'attività rimane a carico delle autorità sanitarie locali. Eventuali risparmi rispetto al budget possono essere



reinvestiti nell'ambito del servizio, mentre spese eccedenti comportano dei controlli e, in caso di giustificazioni insufficienti, la sospensione dello schema.

I servizi che rientrano nel budget dipendono dal numero di iscritti; i principali sono (Vendramini, 1997):

1. i ricoveri ospedalieri non urgenti;
2. le visite e i test diagnostici in regime ambulatoriale;
3. le spese di ufficio derivanti dalla pratica di gruppo;
4. la spesa farmaceutica.

Quest'ultima voce, assieme ad altri elementi analizzati nel prosieguo della trattazione, ha contribuito a responsabilizzare profondamente il medico di base sul costo delle proprie prescrizioni.

#### 1.1.1 Normativa di riferimento

Analogamente a quanto è avvenuto nella quasi totalità dei Paesi europei, la spesa farmaceutica pubblica ha avuto una crescita significativa negli ultimi anni. Nel 1992, ad esempio, è cresciuta di circa il 14%, percentuale notevolmente superiore al tasso d'inflazione dello stesso anno (pari a circa il 2%) (Furniss, 1994). Essa rappresenta, per consistenza, la seconda voce di costo nel bilancio del NHS ed è generata per circa l'80% da prescrizioni dei medici di base, mentre per il restante 20% dal canale ospedaliero.

Nel 1985 è stata introdotta una lista negativa (ulteriormente allargata nel 1992), la cosiddetta black list, costituita da prodotti giudicati non rimborsabili, poiché, considerati irrilevanti sotto il profilo terapeutico per il NHS.

Sempre nello stesso anno, è stata introdotta una lista bianca (white list) di principi attivi che il NHS suggerisce di prescrivere come generici, disincentivando di fatto alcune categorie di specialità medicinali (Salvioni, 1996). Per alcune classi (vitamine benzodiazepine e antiacidi) il medico è addirittura obbligato a prescrivere solamente il generico.

Nel libro bianco sull'assistenza di base, pubblicato nel novembre del 1987, il governo ha riaffermato il proprio impegno a incentivare un comportamento prescrittivo razionale ed economico all'interno del NHS, sottolineando l'importanza della prescrizione del generico quale pratica corretta da parte della classe medica (Bridges, 1989).

Nel 1988 è stato introdotto il Prescribing Analysis and Cost Scheme (PACT), un sistema informativo che ha lo scopo di controllare e, indirettamente, responsabilizzare il medico di base su quantità, composizione e costi delle prescrizioni farmaceutiche effettuate.

Nel Regno Unito, inoltre, i medici di base dispongono generalmente di un sistema di informatizzazione delle prescrizioni, il cosiddetto PC prescribing system, in cui il nome del generico è previsto in default, mentre per prescrivere una specialità è necessario digitare il nome della stessa. Il NHS, rimborsando una percentuale di tale software, incentiva anche in questo modo la prescrizione di generici. Per spingere i gruppi di medicina di base ad adottare i programmi di prescrizione "omologati", le autorità sanitarie hanno in organico un numero di "informatori" che visitano frequentemente gli studi medici per valutare i comportamenti prescrittivi e verificare il software in dotazione. L'autorità sanitaria locale competente invia a ogni unità di medicina di base (singolo medico o studio medico di gruppo) un rapporto mensile, in cui viene analizzato l'ammontare della spesa relativa ai farmaci prescritti dalla stessa unità. Il valore indicato è confrontato con quello medio locale e nazionale. Qualora i costi delle prescrizioni effettuate dal medico superino di almeno il 25% il valore medio locale, oppure del 75% quello relativo a uno dei sei gruppi terapeutici principali (cardiovascolare, gastrointestinale, sistema nervoso, infezioni, sistema respiratorio e sistema muscoloscheletrico), viene inviato un rapporto analitico all'interessato che deve fornire giustificazioni al riguardo (Conti, 1993).

Anche nel Regno Unito i cittadini partecipano con una quota fissa (dall'aprile del 1996 era pari a £5,50 per confezione prescritta, ma dal 1 Aprile 2004 è diventata £6,40 a confezione<sup>2</sup>) alla spesa dei farmaci. Tale ticket, peraltro, ha un impatto relativo sul mix di consumi e sulla spesa farmaceutica, poiché, da una parte rappresenta un esborso che non ha nessuna relazione con la natura o il costo delle specialità prescritte, dall'altra grava solamente sul 20% circa delle prescrizioni dispensate, a causa del numero elevato di esenzioni (per reddito, età e patologia) concesse.

Nel Regno Unito non esiste una definizione legislativa di farmaco generico. Si può, pertanto, utilizzare il concetto di imitazione di una specialità medicinale priva di

---

<sup>2</sup> NPA Press Office "NPA Response to Prescription-Charges Increase" Febbraio 2004.

copertura brevettuale. Nella realtà britannica si è soliti distinguere il generico in unbranded e branded.

Si è in presenza di un generico **unbranded** nel caso in cui il genericista copi in toto la specialità corrispondente, ossia non solo il principio attivo (active ingredient), ma anche i vari eccipienti (ingredients).

Il generico **branded**, spesso caratterizzato da un nome di fantasia, presenta una qualche diversità rispetto alla specialità corrispondente, pur contenendo ovviamente lo stesso principio attivo del farmaco originale. Tale differenza può interessare il dosaggio, l'indicazione terapeutica, gli eccipienti o altri elementi.

Analizzando il mercato, si osserva che la grande maggioranza dei generici è unbranded e si presenta sotto forma di capsule o fiale, mentre i topici risultano rari, principalmente per l'elevato costo degli eccipienti.

Nel caso del generico unbranded, l'iter di registrazione risulta abbreviato (abridged application) e viene a costare 6.000 sterline inglesi (pari a circa 16 milioni di lire). Il genericista può non effettuare gli studi di bioequivalenza, in quanto fanno fede, presso la Medicines Control Agency (MCA), i risultati di bioequivalenza svolti dall'azienda produttrice della specialità medicinale.

Il produttore di branded generics, al contrario, è obbligato a effettuare gli esami di bioequivalenza clinica su 12-18 pazienti, per un costo intorno alle 50.000 sterline inglesi (pari a circa 120 milioni di lire). Il prezzo elevato di questa seconda procedura ha frenato fortemente lo sviluppo dei branded generics.

Attualmente, si vorrebbe introdurre la bioequivalenza obbligatoria per entrambe le procedure di registrazione, passando dal concetto di essential similarity (somiglianza essenziale) a quello di therapeutic interchangeability (sostituibilità terapeutica).

La concessione dell'autorizzazione da parte del MCA è necessaria anche per la commercializzazione dei farmaci (generici e non) di importazione che possono avere una confezione scritta in lingua straniera, ma il cui foglietto illustrativo deve essere obbligatoriamente in inglese. Sono, inoltre, previsti controlli sulle materie prime importate da paesi in via di sviluppo, al fine di valutarne la conformità ai criteri di Good Manufacturing Practice.

Le aziende genericiste, facendo parte dell'Association of the British Pharmaceutical Industry (ABPI) o della British Generic Manufacturers Association (BMGA), risultano soggette alle Guidelines for Manufacturers of Generic Medicines e al Code of Practice della BMGA.

Quest'ultimo impone il rispetto di determinati standard di qualità negli impianti di produzione, nell'informazione medico-scientifica, nella esposizione in farmacia, nei metodi di distribuzione, nell'identificazione e nella presentazione del prodotto, nel confezionamento, nell'informazione al paziente sull'identità del produttore e del detentore della licenza. Le aziende genericiste e i distributori non appartenenti alla BAPW, la British Association of Pharmaceutical Wholesalers (principale associazione di grossisti farmaceutici), sono anche soggetti a ispezioni non preannunciate (Hemingway, 1989). I generici vengono prevalentemente commercializzati in bulk dai produttori e dispensati dal farmacista in confezioni di propria scelta. La distribuzione delle aziende genericiste avviene per lo più attraverso il canale diretto, ossia la fornitura diretta ai farmacisti. La responsabilità per danni causati da un difetto del prodotto ricadono sul produttore, se identificabile, mentre in caso contrario sul dettagliante (farmacia territoriale o dispensing doctor).

A breve termine il problema della responsabilità verrà risolto con l'adeguamento alla Direttiva della Comunità Europea 27/92 sulla prescrizione di confezioni originali (Original Pack Dispensing - OPD) in vigore dalla fine del 1999 (Benzi, 1994). Allo scopo di tutelare maggiormente i pazienti-consumatori, la direttiva europea stabilisce che tutti i farmaci generici debbano essere dispensati in confezioni originali contenenti il foglietto illustrativo.

Si sono accese discussioni rilevanti fra le varie associazioni (fra le quali BMGA e ABPI) e il NHS relativamente alla concreta attuazione di tale direttiva. Come indicazioni di massima, sembra plausibile che le confezioni medie per malattie croniche e antibiotici conteranno, rispettivamente, 28-30 e 15-21 unità posologiche.

La politica di forti sconti alle farmacie intrapresa dai produttori di generici e la futura lievitazione dei costi derivanti dall'applicazione della Direttiva Europea inducono a prevedere una compressione ulteriore dei margini di profitto dell'industria genericista.

### 1.1.2 Dispensazione dei farmaci

La legge stabilisce che i farmacisti siano obbligati a dispensare il farmaco esattamente prescritto dal medico, mentre la sostituzione con il corrispondente generico è permessa solamente in ambito ospedaliero. I farmacisti non hanno così la possibilità di sostituire il prodotto di marca specificamente prescritto con un generico, salvo in casi di emergenza. Al contrario, nel caso in cui sulla ricetta medica venga esplicitata solo la denominazione del principio attivo, la cosiddetta *open generic prescribing*, i farmacisti sono liberi di dispensare qualunque versione del farmaco.

Il Regno Unito ha sempre avuto una **cultura di open generic prescribing**; basti considerare che nelle facoltà britanniche di medicina si insegna a prescrivere le molecole e che tutti i bollettini informativi sui farmaci riportano il nome del principio attivo (e non quello della specialità).

Anche per questo motivo, la classe medica britannica delega al farmacista la scelta di quale prodotto dispensare.

Tale situazione è unica fra i paesi europei con un mercato dei generici sviluppato, poiché, solitamente il medico tende a specificare non solo il nome del principio attivo, ma anche quello del produttore. A partire dai primi anni '80, è in corso un acceso dibattito sulla possibilità da parte del farmacista di sostituire automaticamente un farmaco di marca con il corrispondente generico (il c.d. *tick-out*), salvo nel caso in cui un'espressa dichiarazione del medico disponga la dispensazione esclusiva del farmaco *branded*.

Attualmente è consentita la cosiddetta *brand equalization*, o sostituzione al contrario; secondo questa procedura, il farmacista è libero di sostituire il farmaco generico prescritto con una specialità equivalente di sua scelta, fermo restando che il NHS rimborsa esclusivamente il prezzo del primo. Tale comportamento è conveniente per il farmacista quando le aziende farmaceutiche concedono degli sconti tali da abbassare il prezzo della specialità addirittura al di sotto di quello del generico corrispondente. Le aziende sono portate ad agire in questo modo per tre motivi concomitanti:

- il NHS impone alle aziende dei limiti di redditività attraverso lo schema PPRS (vedi il punto successivo); lasciando completamente libera la determinazione di prezzi apparentemente elevati, riequilibrati

successivamente dalla concessione di forti sconti, il prezzo fittizio consente spesso alle imprese multinazionali di spuntare prezzi superiori con le autorità sanitarie degli altri Paesi europei;

- la vendita a prezzi molto bassi di specialità mature tende a "riequilibrare" margini troppo elevati conseguiti con prodotti innovativi, comportamento del tutto logico alla luce dello schema PPRS;
- viene reputato più conveniente vendere le specialità a prezzi molto bassi, piuttosto che lasciare tutto il mercato ai produttori generici.

### 1.1.3 Le politiche di distribuzione dei farmaci

Nel Regno Unito i distributori intermedi sono soggetti a due fonti normative<sup>3</sup>:

- il **Medicines Act** del 1968 che stabilisce l'obbligo per il distributore di ottenere un'autorizzazione alla vendita all'ingrosso rilasciata da un'agenzia governativa (*Medicines Inspectorate*), da rinnovare con cadenza quinquennale;

- il **Code of Practice** del 1989 che è un codice di autoregolamentazione al quale tutti i distributori hanno volontariamente accettato di uniformarsi e che ha acquisito valore anche ai fini del rinnovo della licenza da parte dell'autorità governativa. Tale codice regola le modalità di immagazzinamento, di registrazione della merce in entrata ed in uscita e di trasporto, la professionalità richiesta al personale ed i tempi di consegna<sup>4</sup>.

Con riferimento alla distribuzione finale due sono le caratteristiche distintive del sistema di commercializzazione inglese:

1. sia le persone fisiche che le persone giuridiche possono essere proprietarie di una o più farmacie

(multiproprietà) senza alcun limite all'apertura di nuovi punti vendita<sup>5</sup>;

2. il monopolio di vendita è limitato ai soli farmaci etici (*Prescribing Only Medicines*) e su un limitato gruppo di medicinali vendibili senza prescrizione denominati *Pharmacy*

---

<sup>3</sup> Tratto da "Autorità garante della concorrenza e del mercato" 22/05/1999

<sup>4</sup> Il codice fissa, ad esempio, l'obbligo per i grossisti a garantire almeno due consegne giornaliere nei giorni feriali e la disponibilità ad effettuare consegne di emergenza in ogni momento.

<sup>5</sup> L'unico limite rilevante è quello relativo al numero di convenzioni con il Servizio Sanitario Nazionale per la dispensazione di farmaci etici. Attualmente circa il 99% delle farmacie è convenzionato.

*Medicines*. Per tutti gli altri prodotti farmaceutici, in particolare gli OtC, la vendita è realizzata anche in *drugstores*, supermercati, negozi di alimentari e tabaccai.

Ne consegue che il sistema distributivo nel Regno Unito è fondato sulla presenza di grandi catene di farmacie in grado di far fronte all'accesa concorrenza tra i vari punti vendita per il mercato degli OtC. Questi ultimi sono infatti commercializzati anche attraverso canali distributivi diversi dalle farmacie ed hanno prezzo libero, salvo per l'esistenza di un livello minimo definito secondo la cosiddetta *resale price maintenance*.

#### 1.1.4 Le politiche di prezzo.

Nell'ambito dei paesi aderenti alla Comunità Europea si possono evidenziare diverse politiche di intervento nel settore farmaceutico e differenti modalità di regolazione dei prezzi dei medicinali. Comuni sono tuttavia gli obiettivi perseguiti con tali politiche:

- garantire la **sicurezza, la qualità ed efficacia** del prodotto;
- **controllare la spesa** farmaceutica pubblica;
- promuovere ed **incentivare l'industria** farmaceutica nazionale.

I diversi meccanismi di regolazione adottati sono così sintetizzabili:

1. la definizione di criteri per l'ammissione di ogni singolo farmaco nelle fasce per cui è previsto il rimborso del prezzo e la conseguente determinazione di liste positive (farmaci rimborsabili) e/o negative (farmaci a carico del consumatore finale);
2. la fissazione del prezzo di vendita al pubblico (meccanismo di prezzi amministrati);
3. la determinazione dei livelli di rimborso per classe di specialità (meccanismo del prezzo di riferimento);
4. l'imposizione di vincoli al profitto delle imprese farmaceutiche;
5. la fissazione dei margini di profitto ai grossisti e farmacisti;
6. la regolamentazione dei canali distributivi.

Nel Regno Unito gli obiettivi citati poc'anzi sono condivisi attraverso il controllo dei prezzi dei farmaci, al quale vengono affidate ulteriori finalità:

- ◆ sostenere l'industria farmaceutica nazionale, permettendo una certa **redditività**;
- ◆ garantire al NHS la fornitura di farmaci **sicuri ed efficaci a prezzi ragionevoli**;

◆ incentivare l'impegno economico e finanziario nella **ricerca** di nuovi prodotti.

Gli accordi per la fissazione dei prezzi e del rimborso differiscono fra specialità medicinali e farmaci generici.

Relativamente alla classificazione dei farmaci non esistono liste di prodotti rimborsati (totalmente o parzialmente). I farmaci sono infatti a carico del *National Health Service* o del consumatore in relazione al fatto che siano prescritti o meno dal medico. Sulla base della necessità o meno della prescrizione i medicinali vengono distinti nel Regno Unito in due categorie:

- **Prescription only medicines** (PMO), ovvero i farmaci etici che possono essere dispensati esclusivamente dalle farmacie dietro presentazione di prescrizione medica;
- **Non-prescription**, ossia farmaci OTC che possono essere acquistati anche al di fuori delle farmacie (i cosiddetti *General Sale List Medicines*) e l'insieme di medicinali detti *Pharmacy medicine* che per legge possono essere acquistati esclusivamente nelle farmacie ma senza obbligo di prescrizione medica.

Limitatamente ai farmaci con prescrizione obbligatoria (PMO) l'autorità pubblica regola indirettamente il prezzo di vendita negoziando con ciascuna impresa farmaceutica il margine di profitto massimo da questa conseguibile<sup>6</sup>.

Il prezzo delle specialità medicinali (inclusi i branded generics qualora le aziende produttrici raggiungano un fatturato annuo minimo di un milione di sterline) non viene determinato dalle autorità pubbliche a livello di singola confezione, bensì dall'impresa produttrice nell'ambito del Pharmaceutical Price Regulation Scheme (PPRS), schema di riferimento generale che stabilisce in modo negoziale l'intervallo di redditività. Tale schema non ha alcuna base legislativa, in quanto si configura come un accordo fra il DoH e l'Association of the British Pharmaceutical Industry (ABPI), soggetto a rinnovo o a revisione alla scadenza stabilita.

Il PPRS prevede che i prezzi dei farmaci rimborsabili siano liberamente fissati dal produttore, mentre l'oggetto di negoziazione è la redditività complessiva di ogni singola impresa. Infatti, per ciascun produttore che superi la soglia dei 20 milioni annui di sterline nella vendita di farmaci rimborsati dal NHS è prevista l'assegnazione di uno

---

<sup>6</sup> Mediamente le imprese farmaceutiche non possono conseguire un margine superiore al 25%



specifico target di Return on Capital (RoC), negoziato fra il DoH e l'ABPI e ricalcolato annualmente (Salvioni, 1996).

Con cadenza annuale i predetti organismi negoziano un determinato intervallo di redditività sul capitale investito (*Return On Capital - ROC*). Successivamente e nell'ambito dell'intervallo di redditività così definito, il DH negozia singolarmente con ciascuna azienda uno specifico livello di *ROC*<sup>7</sup>.

L'azienda è pertanto libera di fissare discrezionalmente il prezzo di vendita dei prodotti, a condizione che il risultato finale, espresso in termini di tasso di redditività complessivo, sia compatibile con il livello di profitto riconosciuto. L'assunzione logica che sovrintende a tale meccanismo è che il controllo dei tassi di redditività aziendale consente implicitamente la fissazione di prezzi finali delle specialità medicinali ad un livello giudicato accettabile per il Servizio Sanitario Nazionale.

Il PPRS è coerente con la tradizione britannica di un intervento pubblico caratterizzato dalla ricerca del consenso, piuttosto che da meccanismi impositivi. La politica di prezzi adottata permette, infatti, all'impresa di decidere autonomamente le proprie strategie commerciali con un'interferenza minima da parte delle autorità amministrative.

Il meccanismo di controllo del margine di profitto (PPRS) non si applica agli OtC e ai prodotti inseriti nella lista nera dei prodotti non rimborsabili dal *National Health Service*. Attualmente per tali farmaci è prevista solo la fissazione dei produttori di un prezzo minimo al dettaglio (secondo la cosiddetta politica di *resale price maintenance*).

Attualmente i farmaci sono la sola categoria di prodotti a prezzo fisso nel Regno Unito ma è in corso un acceso dibattito sulla possibilità di liberalizzare il prezzo degli OtC, consentendo ad ogni singolo punto vendita al dettaglio di fissarne il livello<sup>8</sup>.

---

<sup>7</sup> La contrattazione viene realizzata sulla base dei seguenti parametri:

- dimensione degli investimenti effettuati dall'azienda sul territorio nazionale, con particolare riguardo a quelli relativi all'attività di ricerca e sviluppo;
- valore aggiunto all'economia nazionale;
- livello di profitto conseguito negli ultimi anni.

Tali parametri dimostrano che il valore del ROC è funzione sia del contributo dell'azienda all'economia nazionale, sia dei rischi imprenditoriali assunti. Infatti, un'impresa che si limiti ad un'attività di mera commercializzazione si vedrà riconoscere il limite inferiore dell'intervallo di redditività, mentre un'azienda orientata alla ricerca e all'esportazione avrà la possibilità di vedersi riconoscere il limite superiore del predetto intervallo.

<sup>8</sup> Il rischio che frena una simile deregulation è dovuto al fatto che nel Regno Unito non esiste la monoproprietà delle farmacie, nel senso che è ammessa la proprietà multipla e quindi la presenza di grandi e competitive catene farmaceutiche. Ne conseguirebbe che le farmacie, soprattutto quelle di

Nel caso delle specialità medicinali, al farmacista viene rimborsato il prezzo di acquisto del farmaco corrispondente al prezzo dichiarato dal produttore (valido in tutto il paese). Per quanto concerne i farmaci generici, possono esistere prezzi differenti sul mercato, ma i valori di rimborso da parte del NHS sono unici e vengono pubblicati mensilmente sulla Drug Tariff List, periodico redatto dalla Prescription Pricing Authority per conto del DoH.

L'entità del rimborso calcolato dal DoH è frutto di una media ponderata dei prezzi al farmacista dichiarati da cinque operatori rilevanti del settore: due grossisti (Unichem e AAH) e tre produttori con canale diretto (Norton, Cox e APS). Queste aziende dichiarano, in generale, il prezzo più elevato ottenuto sul mercato, tipicamente quello accordato ai retailers minori (cioè i farmacisti indipendenti caratterizzati da un potere contrattuale molto limitato). La Drug Tariff List riporta così prezzi "gonfiati" rispetto a quelli reali di mercato, ma tale situazione è accettata dal DoH per consentire un certo livello fisiologico di concorrenzialità sul prezzo fra le aziende. Questo sistema incentiva il farmacista ad acquistare al minor prezzo possibile e spinge le aziende genericiste a competere, scontando il proprio prezzo sotto il livello di rimborso del farmaco (Griffin, 1996).

Relativamente alle specialità con prescrizione e rimborsabili è previsto che il produttore conceda ai grossisti uno sconto del 12,5% sul prezzo di vendita al pubblico. Negli altri casi (farmaci OTC e generici) la determinazione del margine avviene in base a contrattazione tra produttore e grossista.

Con riferimento ai farmacisti il margine non è fissato per legge ma deriva dalla differenza tra il prezzo imposto e gli sconti ottenuti dai produttori o grossisti.

Al fine di tener conto di tali sconti e quindi per evitare che lo Stato rimborsi un ammontare superiore al costo realmente sostenuto dal farmacista, è stato introdotto un meccanismo, noto come Claw Back, in virtù del quale il Servizio Sanitario Nazionale rimborsa, per i farmaci forniti gratuitamente agli assistiti, un importo corrispondente al prezzo di rimborso al netto di una percentuale (tale percentuale nell'anno 1995 variava fra un intervallo di 1,65% e 8,67% in funzione del fatturato del punto di vendita) pari

---

limitata dimensione, non sarebbero in grado di fronteggiare la concorrenza delle grandi catene in grado di acquistare a condizioni più vantaggiose dalle imprese e quindi a praticare prezzi di vendita al pubblico più competitivi.

allo sconto medio percepito durante l'anno precedente dalle diverse classi di farmacie suddivise in termini di fatturato. Tali percentuali vengono ricalcolate annualmente (in base agli sconti dichiarati da grossisti e farmacisti) e il meccanismo funziona quindi con un ritardo temporale di un anno: lo sconto medio calcolato ex-post alla fine dell'anno rappresenta il Claw Back dell'anno successivo. Questo meccanismo costituisce indubbiamente un valido freno alla crescita della spesa farmaceutica pubblica, tendendo a minimizzare le posizioni di rendita (Salvioni, 1996): i farmacisti, infatti, sono incentivati a negoziare sconti superiori a quelli ottenuti l'anno precedente per motivi finanziari, ma sulla base di questi maggiori sconti anche la decurtazione sul prezzo di rimborso dell'anno successivo sarà maggiore<sup>9</sup>.

La flessibilità combinata con la semplicità di utilizzazione della metodologia inglese ha favorito l'affermarsi di un mercato caratterizzato dalla presenza di medicinali efficaci e a costi sensibilmente contenuti, da un mix di consumi razionale e da un'industria innovativa e fortemente orientata alle esportazioni.

Al raggiungimento dei predetti risultati ha concorso anche l'istituzione della figura dei medici generici gestori di un budget (*General Practitioner fund-holder*) di cui si è accennato in precedenza, i quali decidono volontariamente di amministrare un budget per la spesa sanitaria, in massima parte destinata all'acquisto di farmaci per gli assistiti, con un limite superiore annuo. L'assunzione di una responsabilità diretta nella gestione dei fondi del Servizio Sanitario Nazionale ha portato ad una maggior razionalità nella prescrizione delle specialità farmaceutiche, con conseguenti effetti positivi sul contenimento della spesa sanitaria pubblica.

## **1.2. La valorizzazione della figura professionale del farmacista attraverso la promozione della salute**

### 1.2.1 La promozione della salute

---

<sup>9</sup> Il farmacista percepisce anche un onorario fisso per ogni dispensazione, indennità per altre preparazioni estemporanee, per la dispensazione in bulk (farmaci dispensati non nelle normali confezioni ma in contenitori più ampi da cui viene estratto in base alla prescrizione medica) alle scuole o altre istituzioni e per le chiamate urgenti al di fuori degli orari di servizio.

Nel Regno Unito si è assistito ad un primo tentativo di valorizzare la figura professionale del farmacista in un programma di vasta portata finalizzato in primo luogo alla promozione della salute.

Le motivazioni che hanno contribuito ad eleggere i farmacisti "promotori della salute" sono molteplici e certamente riscontrabili nelle caratteristiche peculiari di questa figura professionale.

I farmacisti infatti, oltre ad essere figure esperte nel campo dei medicinali, sono i professionisti più accessibili in assoluto in quanto possono entrare in contatto con quasi il 90% della popolazione, non solo quella con disturbi, ma anche quella sana, e soprattutto con ogni tipologia di paziente/cliente. Essi sono in una posizione che consente loro di dare informazioni e consigli sia alle persone alle quali sono state prescritte delle medicine, ma anche a coloro i quali si rivolgono alla farmacia per acquistare farmaci di automedicazione o prodotti legati alla salute.

I farmacisti possono essere coinvolti nella promozione della salute non solo compiendo il loro ruolo chiave di fornitura di farmaci, ma anche nel fornire educazione di gruppo alla salute, attraverso le campagne promozionali e fornendo test e screening diagnostici.

Una prima esperienza di rilievo di promozione della salute attraverso i farmacisti è rappresentata dal *Barnet High Street Health Scheme*<sup>10</sup>, un programma lanciato nel 1991 e tuttora attivo, finalizzato alla formazione di professionisti in grado di dare informazioni al paziente e a fornire educazione sanitaria attraverso materiale informativo e consulenze. Un risultato emerso da tale progetto è il cambiamento di atteggiamento da parte del farmacista, più coinvolto nel promuovere la salute e orientato al paziente anziché al prodotto.

Sebbene inizialmente i risultati del progetto siano stati dal lato etico più che soddisfacenti, si è dovuto ben presto affrontare uno dei principali limiti all'estensione dell'iniziativa: la mancata remunerazione dei farmacisti coinvolti.

Come vedremo nei paragrafi che seguono, la remunerazione dei farmacisti al fine della promozione della salute è uno degli argomenti chiave ai fini del buon esito di qualsiasi iniziativa.

---

<sup>10</sup> Anderson C, Greene R. "The Barnet High Street Health Scheme: Health promotion By Community Pharmacists" *Pharm J.* 1997; 259:223-5

### 1.2.2 La remunerazione dei farmacisti

Se da un lato nel Regno Unito si è cercato e si sta tuttora cercando di promuovere la salute attraverso la figura del farmacista, enfatizzando la sua valenza di esperto di farmaci e salute, piuttosto che la sua figura di mero distributore, implementando molteplici progetti e creando servizi aggiuntivi, dall'altro non sono ancora del tutto chiare le politiche attuate per incentivare e motivare i farmacisti a svolgere il ruolo di promotori.<sup>11</sup>

Nel Regno Unito l'English Department of Health ha introdotto un sistema di remunerazione del farmacista finalizzato al controllo della spesa farmaceutica nazionale, ma mirato anche alla promozione della salute che consenta di far emergere la professionalità del farmacista e che nel contempo garantisca un'offerta di qualità al consumatore. Tale sistema prevede una remunerazione cosiddetta "fee for service", ovvero un onorario per la distribuzione dei farmaci, ed in aggiunta un compenso per la fornitura di servizi supplementari.

Il livello di remunerazione previsto per i servizi aggiuntivi è attualmente piuttosto basso, pertanto molti farmacisti sono disincentivati a fornire servizi addizionali.

La determinazione di un sistema di remunerazione adeguato è tuttavia essenziale al fine di stimolare la professionalità del farmacista e diminuire eventuali comportamenti opportunistici.

Verranno esposti in seguito alcuni dei progetti implementati nel Regno Unito a partire dal 1991 per meglio comprendere come l'incentivazione monetaria rappresenti un argomento basilare su cui focalizzare l'attenzione.

#### ➤ *Il Barnet High Street Health Scheme (1991 - oggi)*<sup>12</sup>

---

<sup>11</sup> Graham Calder "The remuneration of pharmacy and pharmacy as a profession" *The Pharmaceutica Journal* vol 264 N. 7086 p. 377-380 March 4,2000;  
Graham Calder "Motivating pharmacists" *The Pharmaceutica Journal* vol 264 N. 7096 p. 729-731 May 13,2000;

<sup>12</sup> Claire Anderson "Health Promotion in Community Pharmacy" *Country Report-UK*  
Todd J. *Community pharmacies:The High Street Health Scheme. H Educ.J.* 1993; 52:34-36

Lanciato nel 1991 e tuttora attivo consiste in un corso di formazione accreditato iniziale di 7 giorni in "*promozione della salute*" con corsi di aggiornamento continuo di tre sere a supporto del ruolo di promotore.

Tale progetto prevede diverse attività di promozione tra cui:

- l'informazione al paziente (consigli sull'uso corretto dei farmaci e sull'automedicazione);
- utilizzo di materiale informativo di supporto (video, foglietti illustrativi, brochure ecc.);
- educazione sanitaria e consulenza individuale;
- screening.

Metodi: valutazione dello schema attraverso interviste approfondite, audit con i clienti e ricerche anonime;

Risultati: cambiamento nel comportamento e nell'atteggiamento dei farmacisti, maggior coinvolgimento nella promozione della salute, ruolo orientato più al paziente che al prodotto, più tempo speso a colloquiare con il paziente e meno a vendere, maggior supporto psicologico e sociale.

Remunerazione: la mancata remunerazione dei farmacisti per le attività di promozione è stata una delle principali barriere allo sviluppo e all'implementazione del progetto (in secondo luogo la mancanza di tempo) di conseguenza si è provveduto ad istituire degli incentivi in termini di rimborso spese per consentire ai farmacisti di frequentare i corsi di formazione giornaliera.

### ➤ *South Staffordshire (1998-99)*

Progetto che prevedeva un corso di formazione ai farmacisti per fornire aiuto ai clienti in termini di salute dentale, esercizi fisici, dieta e dipendenza dal fumo.

13 farmacisti coinvolti in interviste ai clienti

Remunerazione: 30 pounds a intervista.

➤ ***North West Anglia***

Schema di accreditamento post-laurea che prevede un workshop di 5 sere:

2 per la promozione della salute, 1 per la salute dentale, 1 per le malattie coronariche e 1 di collaborazione con i medici di medicina generale.

Remunerazione: 45 pounds per ogni serata di corso +

600 pounds all'anno per aderire a campagne di promozione  
(riguardanti l'acido folico, come evitare di ricorrere al medico, gestire l'influenza ecc.)

➤ ***St. Helen's Kowsley (1997)***

Programma di formazione per farmacisti per dare consigli ai pazienti su aspetti legati alla cardiologia e al sano vivere.

Remunerazione: 6 farmacisti pagati 16 pounds/ora

➤ ***Kensington, Chelsea and Westminster (1995)***

Progetto che metteva a disposizione 113.000 pounds per il miglioramento della farmacia, assegnati a 28 farmacie per installare un area di promozione alla salute, un area di attesa o di accesso per disabili. Il progetto metteva a disposizione anche corsi di formazione e foglietti informativi.

➤ ***Gwent (1994)***

Previsto un fondo di 1000 pounds a farmacia per un progetto finalizzato a determinare la frequenza e la natura del coinvolgimento delle farmacie nel dispensare consigli di promozione della salute, valutare la percezione pubblica di tali consigli e produrre strategie per il coinvolgimento futuro dei farmacisti nella promozione della salute.

➤ ***Croydon (1998)***

300 pounds a trimestre a farmacia per provvedere a dispensare informazioni e foglietti illustrativi su diversi temi legati alla salute e promuovere attivamente messaggi relativi alle ineguaglianze in sanità.

➤ ***East Riding (1998)***

6000 pounds per corsi di aggiornamento per farmacisti e assistenti per promuovere la promozione della salute sul tema "Aiutare le persone a cambiare", incluso le attività per smettere di fumare, gli esercizi fisici, l'alimentazione e l'alcool.

➤ ***N&E Devon (1998)***

- 1) PEACH (Pharmacists Educating All in Community Health): programma di tre mesi di promozione della salute remunerato 5 punds a contraente.
- 2) Progetto che coinvolgeva le farmacie nel dare consigli, informazioni e corsi di formazione agli assistenti sanitari finanziato dal HA a 100 pounds a farmacia.

➤ ***North Staffs (1998)***

Programma per smettere di fumare con supporto remunerato 75 pounds a paziente

➤ ***Methadone Supervision***

Il tasso medio di rimborso per la supervisione dell'assunzione di metadone va da 1 p. a 1,5p. fino ad un massimo di 3 p. Molti schemi sono pagati con una base per dose, ma in molte aree è previsto un onorario variabile basato sulle attività e il numero di clienti.

➤ ***Needle Exchange Schemes***

In origine il PSNC raccomandava una ritenuta annua sull'onorario con un pagamento addizionale per ogni confezione\* emessa in eccesso di 50 confezioni per trimestre. Questo sistema di pagamento è tuttora il più usato, ma prevede alcune variazioni, tra cui un solo onorario annuo (in media di 650 p.). onorario variabile su scala mobile secondo il tipo di attività (4000 p per le attività maggiori) o pagamento solo per cambio (mediamente 1 p. a cambio). Lo schema originale ripartiva in media un onorario annuo di 100 p. con una remunerazione per scambio di 1 pounds (al più 2).

\* la confezione contiene di solito aghi, siringhe, tamponi per le medicazioni, cotone, profilattici e foglietti illustrativi.



### ➤ *Farmacie promotori della salute*

- Lloyds Pharmacy, Alfreton ha istituito un centro di informazione alla salute con il supporto di 5000£ da parte dell'autorità del South Derbyshire.
- Molte farmacie si sono trasformate in centri della salute e centri del benessere.
- La Johnson P., ha istituito nel locale una libreria per promuovere la salute: ha collezionato volantini, libri e video e trasformato un magazzino inutilizzato in libreria al costo di 2550£. Una industria lo ha sponsorizzato prestandogli 2 televisori e un computer. → ha aumentato le vendite da 6000 a 8000 prescrizioni al mese nel primo anno di servizio. Sta tuttora fornendo un servizio di prestito libri e video ai clienti e promuovendo la creazione di librerie per altre farmacie in un'impresa commerciale chiamata INPHORM.

#### 1.2.3 Innovazioni in Gran Bretagna

Molti progetti innovativi sono stati avviati nel Regno Unito con la finalità di promuovere la salute, ma con lo scopo di differenziare il servizio di fornitura dei farmaci e aumentare la competitività e la produttività. Ne vediamo in seguito alcuni.

### ➤ *Dispensatori automatici di farmaci*

In Gran Bretagna l'installazione dei dispensatori automatici dei farmaci è stata accolta non solo come innovazione tecnologica che consente di risparmiare tempo, ma anche come il completamento di una serie di strumenti legati alle prescrizioni telematiche.

La ricetta arriva per via elettronica in farmaci e attiva un computer collegato al sistema di distribuzione automatizzato che provvede a riconoscere il giusto prodotto e convogliarlo al bando di dispensazione attraverso scivoli o nastri trasportatori.

Questo sistema è utile non solo a migliorare la gestione del magazzino, perché consente di immagazzinare quantità superiori di prodotti (e ottenere sconti), ma anche a velocizzare l'attività di distribuzione del farmaco e dare maggior spazio e tempo al farmacista per compiere le attività di consulenza e informazione che prima gli erano negate per motivi di tempo.

Esempi di adozione del sistema sono quelli della farmacia di Andrew Gray- Berwick Apon Tweed- e della Taylor's Family Pharmacy di St.Helen di Andrew Grande.<sup>13</sup>

#### ➤ ***Superfici di vendita***<sup>14</sup>

La farmacia gallese VALE ha vinto il premio Platinum design award assegnato dalla rivista Chemist & Druggist per aver realizzato il miglior esemplare di punto vendita "aperto" in cui poter trovare consigli e servizi.

Novità introdotte:

- rinnovo dei locali concepiti per accogliere le persone in modo confortevole e in piena sicurezza;
- adozione di computer destinati alla registrazione dei pazienti o alla consultazione di schede informative da parte dei clienti;
- collocazione in pieno centro;
- vetrine concepite come finestre per l'invio di messaggi promozionali e informativi;
- creazione di un area di consultazione appartata per tutelare la privacy e coinvolgere il cliente (è più libero di chiedere informazioni);
- postazioni con schermi a sfioramento per ottenere informazioni sanitarie, dotati di stampanti;
- personale addestrato per garantire il miglior servizio al cliente;

#### ➤ ***L'esposizione dei farmaci OTC a libero servizio***<sup>15</sup>

In Inghilterra l'introduzione dell'accesso diretto ai GSL (general sales list: vendibili liberamente anche fuori dalla farmacia) ha comportato un aumento delle vendite di questa tipologia di farmaco a discapito dei farmaci P (pharmacy medicines: farmaci vendibili senza prescrizione ma solo in farmacia).

Molti farmaci P sono stati convertiti in categoria GSL per opera delle stesse case produttrici, facendo perdere mercato alle farmacie a vantaggio delle grocery.

---

<sup>13</sup> Partnership Ottobre 2003: "Sfruttare l'automazione per migliorare il servizio in farmacia: la consolidata esperienza inglese"

<sup>14</sup> Partnership Gennaio-Febbraio 2000: "Superfici di vendita-L'informazione al primo posto"

<sup>15</sup> Partnership Giugno2002: "Tendenze di mercato"; Giugno 2003"Nuove opportunità-Esposizione Otc a libero servizio".

La stessa figura professionale del farmacista è stata minata e svilita, non solo dai consumatori che non tengono più conto della sua competenza, ma anche dai produttori di farmaci che continuano a produrre farmaci e trasformarli in GSL.

Per far fronte a questa situazione è stato avviato un esperimento inglese con l'obiettivo di rivalutare la figura del farmacista attraverso:

- la promozione dell'intera gamma di farmaci P
- l'esposizione che favorisca la percezione della professionalità del farmacista
- un nuovo lay-out espositivo per facilitare l'identificazione dei P
- aumento della capacità di consiglio del personale attraverso training
- presidiare l'area per fornire consigli e veicolare l'acquisto
- utilizzo una segnaletica di avvertenze per indurre la richiesta di aiuto

Risultati: aumento delle vendite dei P dal 15 al 30%, recupero di clientela, percezione positiva da parte dei clienti, sia della novità che dell'immagine professionale del farmacista.

### **1.3 La valorizzazione della figura professionale del farmacista attraverso il piano sanitario nazionale**

#### 1.3.1 La farmacia nel futuro - Implementazione del Piano Sanitario Nazionale

Nel Settembre dell'anno 2000, due mesi dopo la presentazione del nuovo Piano Sanitario Nazionale<sup>16</sup>, è stato pubblicato nel Regno Unito anche il programma relativo ai servizi farmaceutici nazionali. Tale programma, denominato "*Pharmacy in the future -Implementing the NHS Plan*"<sup>17</sup>, trova il suo fondamento nei principi delineati dal Piano Nazionale, ovvero la concezione di un servizio formulato e sviluppato in vista dei bisogni e delle aspirazioni dei pazienti e che offra a questi ultimi un accesso rapido e conveniente a servizi di alta qualità, facendo un miglior uso delle competenze dello staff del Servizio Sanitario Nazionale.

---

<sup>16</sup> Department of Health: "The NHS PLAN - A Plan for investment, A Plan for reform", Luglio 2000- Crown Copyright

<sup>17</sup> Department of Health: "Pharmacy in the Future-Implementing the NHS Plan", Settembre 2000- Crown Copyright, disponibile al sito [www.doh.gov.uk/nhsplan](http://www.doh.gov.uk/nhsplan)

I tre obiettivi principali del Programma possono essere riassunti come segue:

1. andare incontro ai mutati bisogni dei pazienti, obiettivo che per la farmacia si concretizza nel:
  - a) assicurare ai pazienti l'ottenimento di farmaci e consigli farmaceutici in maniera corretta e semplice, nel momento e nel luogo a loro più consono;
  - b) maggior supporto nell'utilizzo dei farmaci, maggior aiuto per chi deve avere il meglio dai medicinali e diminuzione dei casi di malessere per utilizzo improprio dei farmaci;
  - c) creare fiducia nei pazienti e dar loro la certezza che stanno ricevendo buoni consigli quando consultano il farmacista;
2. rispondere ad un contesto in cambiamento: un ambiente più competitivo per i farmacisti che devono far fronte anche a nuovi modelli di distribuzione (ordinazioni elettroniche e consegna a domicilio) e devono garantire nuove forme di pagamento.
3. mantenere uno standard professionale, attraverso un approccio moderno, aperto e trasparente ai problemi, attraverso l'educazione e l'aggiornamento professionale e assicurando ai farmacisti il mantenimento delle loro competenze nel tempo.

Il programma, tuttora in fase di attuazione, è stato avviato con l'intento di:

1. **Migliorare l'accesso ai servizi da parte dei pazienti** affinché:
  - possano disporre di una gamma più ampia di medicinali (Otc);
  - possano procurarsi i farmaci di cui necessitano anche fuori orario;
  - vengano creati centri unici di assistenza primaria che rendano accessibili farmacisti, medici, infermieri e dentisti sotto lo stesso tetto;
  - possano ottenere il rinnovo della prescrizione direttamente dal farmacista senza dover tornare in ambulatorio ogni volta;
  - implementazione delle "e-pharmacies" che permettano prescrizioni elettroniche;
2. **Aiutare i pazienti ad ottenere il meglio dai farmaci**:
  - attraverso un investimento di circa £30m (tra il 2000 e il 2004) per assicurare un miglior utilizzo dei farmaci;

- in ogni parte del paese i pazienti possono ottenere aiuti dai farmacisti in termini di utilizzo dei farmaci, riduzione dei casi di malessere per uso improprio dei farmaci;
  - implementazione di schemi pilota a livello nazionale per attivare servizi di gestione d'uso dei farmaci;
3. **Ridisegnare il servizio in funzione del paziente:**
- implementazione di schemi pilota denominati LPC (Local Pharmaceutical Services) per l'organizzazione ed il pagamento delle farmacie che offrono una gamma aggiuntiva di servizi e in questo modo rispondono alle esigenze locali;
  - *sviluppo del contratto nazionale per i farmacisti che remunerati i servizi di maggior qualità al costo di quelli minimi (distribuzione della Global Sum in modo da garantire minimi standard e promuovere i servizi aggiuntivi, basata sulla maggior qualità dei servizi e non sul volume delle prescrizioni)*
  - soddisfacimento dei bisogni dei pazienti attraverso la possibilità per alcuni farmacisti di prescrivere i farmaci direttamente (terapia anticoagulante o pillola del giorno dopo);
4. **Assicurare servizi di alta qualità ottenendo il meglio dallo staff:**
- regolamentazione dello standard professionale: ridefinizione delle procedure disciplinari della Royal Pharmaceutical Society affinché i farmacisti garantiscano le loro competenze.

A Luglio 2003, in un nuovo documento intitolato "*A Vision for Pharmacy in the New NHS*"<sup>18</sup>, il Department of Health ha evidenziato come la maggior parte degli obiettivi siano stati raggiunti durante i tre anni di implementazione del Piano Sanitario Nazionale. Tuttavia il capitolo più spinoso ancora da definire riguarda i termini contrattuali per la **remunerazione** delle farmacie.

A tal proposito nel Piano Sanitario si era accennato ad uno sviluppo del contratto nazionale per i farmacisti finalizzato a remunerare i servizi farmaceutici non più in

---

<sup>18</sup> Department of Health: "A Vision for Pharmacy in the New NHS", Introduzione di Rosie Winterton-Minister of State-Luglio 2003- Crown Copyright

termini di volume, bensì in termini qualitativi. Nel Piano veniva proposta una distribuzione della Global Sum che garantisse i minimi standard e promuovesse i servizi aggiuntivi, ma senza dare di fatto alcun riferimento aggiuntivo.

Un'offerta di remunerazione per i farmacisti pari ad un aumento del 3,1% della Global Sum, è stata fatta a Luglio 2003 per l'anno 2003/2004 dal Department of Health, ma non è stata accettata di buon grado dall'NPA, l'Associazione Farmaceutica Nazionale del Regno Unito<sup>19</sup>. Allo stesso modo non è stata ritenuta sufficiente la somma pari a £1m per l'addestramento dello staff di supporto della farmacia.

L'aumento della remunerazione così come proposto dal DoH, è stato ritenuto poco conveniente in quanto non cambia l'onorario per la dispensazione dei farmaci, la quale rimane pari a 94.6p per prodotto prescritto. Solo per il mese di Marzo 2004 l'assegno professionale diviene di £ 1,000 fino a 1100 prescrizioni e aumenta a £ 2,645 per 1600 prescrizioni. Da Aprile 2004 tale somma diviene pari a £ 775 fino a 1100 prescrizioni e a £ 1,500 per 1600 prescrizioni mensili.<sup>20</sup>

Del resto, l'attuazione degli schemi pilota riguardanti i servizi farmaceutici locali, i cosiddetti Local Pharmaceutical Services (LPS), prevede che singoli contratti vengano definiti a livello locale, in base alla tipologia di servizi offerti ed in base alle esigenze locali.

Tali piani prevedono la definizione di un nuovo sistema di pagamento che copra 4 elementi principali che necessitano di essere finanziati:

1. il servizio di dispensazione delle prescrizioni (attualmente remunerato a livello nazionale);
2. il rimborso per l'approvvigionamento dei farmaci;
3. segnali di qualità - sei aree di discussione sono riportate nel Piano Nazionale, ma nessuna può essere inclusa nel contratto LPS;
4. servizi aggiuntivi.

---

<sup>19</sup> Estratto da "NPA Reaction to the Department of Health's Remuneration Offer" NPA Press Office December 2003

<sup>20</sup> The Pharmaceutical Journal Vol. 272 N.7287 p. 205 del 21/02/2004 "DoH imposes 2003-2004 remuneration increase"

## **2. La remunerazione del farmacista in Svizzera**

L'analisi del modello proposto dalla Svizzera, in particolare dal Canton Ticino, presentano un elevato grado di rilevanza ai fini del progetto di ricerca. Il modello di remunerazione del farmacista attualmente presente nel Canton Ticino è il frutto di recenti e profondi interventi legislativi volti tanto al contenimento della spesa farmaceutica quanto al miglioramento della professionalizzazione del farmacista.

Il caso svizzero è reso ancor più interessante dall'iter temporale dell'individuazione e applicazione del nuovo modello. Il precedente modello di remunerazione del farmacista fondato esclusivamente sulla percentuale del prezzo del farmaco, è stato solo di recente sostituito (luglio 2001) dal modello misto che sarà di seguito analizzato. L'aspetto positivo legato alla tempistica dell'introduzione del nuovo modello trova riscontro in due principali considerazioni. La prima riguarda l'attualità delle problematiche che hanno portato alla necessità di un intervento legislativo volto al contenimento della spesa farmaceutica ed al miglioramento della professionalità e del ruolo del farmacista, problematiche che interessano, proprio in questi anni, un elevato numero di Paesi, tra i quali anche l'Italia. La seconda considerazione riguarda la possibilità di poter già analizzare gli effetti derivanti dall'introduzione di un nuovo modello, il quale, essendo stato introdotto nel 2001, può definirsi pienamente integrato nel sistema salute.

### **2.1 Legge sull'assicurazione malattie (LAMal)**

Gli elementi principali della legge sull'assicurazione malattie, introdotta nel 1996, sono riscontrabili nella solidarietà tra gli assicurati e negli ampi provvedimenti finalizzati a contenere i costi. L'introduzione dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie per tutta la popolazione svizzera e la fissazione di un premio unitario per assicurato e regione hanno sopperito in parte alla solidarietà mancante nella vecchia legge. Ha sicuramente contribuito a soddisfare la solidarietà anche il divieto imposto agli assicuratori di rifiutare l'affiliazione ad assicurati in età avanzata o in cattivo stato di salute.

A circa tre anni dall'introduzione della LAMal era ancora prematuro stilare un bilancio definitivo sui risultati ottenuti sebbene gli studi effettuati sugli effetti della LAMal indicavano che la nuova legge stava comunque dando i primi risultati.

Gli effetti del contenimento dei costi – questione centrale della LAMal – non sono ancora molto tangibili: per verificarli ci vuole più tempo, inoltre, si tratta di fattori che causano mutamenti decisivi all'interno di un sistema sanitario. Il sistema sanitario introdotto dalla LAMal, conosciuto da diversi provvedimenti interconnessi, deve ancora dispiegare tutto il proprio potenziale e sarebbe prematuro mettere in questione gli strumenti definiti nella legge prima di conoscerne gli effetti.

## **2.2 Il Sistema farmaceutico**

Il sistema farmaceutico svizzero ha assunto nel corso degli anni un elevato livello di credibilità in ambito internazionale tanto da far sì che numerose aziende farmaceutiche scelgano di omologare, registrare o brevettare il farmaco in Svizzera.

Questo processo ha però condotto ad una spirale in base alla quale il prezzo dei farmaci fissati in Svizzera tende ad essere più elevato rispetto a quello degli altri Paesi.

In Svizzera è altresì presente un diritto costituzionale molto tutelato per ciò che concerne la libertà di commercio. Anche per le farmacie non vi è limite al loro numero; chiunque possieda i requisiti necessari può aprire una farmacia.

L'ufficio di registrazione dei farmaci presente in Svizzera (UICM) si è profilato per la professionalità, l'indipendenza e la rapidità delle sue registrazioni. Se aggiungiamo a queste capacità che nel suo operare non interviene sul controllo del prezzo (come chiariremo successivamente), si comprende che le aziende svizzere ed estere abbiano voluto avere la Svizzera quale paese di riferimento per le loro registrazioni farmaceutiche. Il prezzo elevato va a beneficio degli utili aziendali, delle farmacie, dell'economia locale e della bilancia commerciale (il grosso delle vendite dei prodotti è realizzato all'estero): è invece contrario agli interessi dei pazienti.

Nei restanti Paesi europei la libertà di commercio non essendo un principio costituzionale così marcato come in Svizzera, sono possibili interventi sui prezzi (in particolare per stabilizzarli) già nell'ambito della procedura di registrazione sanitaria.

Anche se a livello europeo il Diritto comunitario, detto di tipo secondario, permette di realizzare degli interventi sui prezzi, e sia stata, inoltre, introdotta una Direttiva di



trasparenza dei prezzi, ciò non si è riflesso in un miglioramento del controllo sul prezzo dei farmaci per quanto riguarda il caso svizzero.

In taluni casi, il prezzo dei farmaci nettamente più elevato in Svizzera rispetto agli altri paesi, è il risultato dell'azione di più cause.

Le principali possono essere viste dall'assenza di un mandato legale in capo all'UICM sul controllo dei prezzi, da un Ufficio Federale delle Assicurazioni Sociali (UFAS) che non ha avuto la possibilità di interferire maggiormente sui prezzi e più segnatamente per le distorsioni verificatesi per la svalutazione delle monete. Va inoltre sottolineato che le legislazioni sanitarie e quelle assicurative non hanno trovato delle convergenze, né delle sinergie, per cercare di ridurre il prezzo dei farmaci. Il risultato di tutto ciò è dato da una situazione caratterizzata da vari farmaci nettamente più cari da noi che altrove.

A questa situazione l'UFAS ha cercato di reagire con una proposta di modifica che avrebbe dovuto svilupparsi in quattro fasi (dal 1996 al 1999), iniziativa mirata ad applicare un prezzo medio europeo prendendo come riferimento i prezzi dell'Olanda, della Germania e della Danimarca. Questa iniziativa, di per sé opportuna e ponderata, si è risolta con un compromesso che non ha rimosso le varie distorsioni di prezzi, ma che ha comunque parzialmente ridotto tali differenze.

Una delle ragioni che hanno reso necessario intervenire sulla riduzione della spesa farmaceutica concerne dunque il dislivello che i prezzi dei farmaci, in Svizzera, mostravano rispetto ai prezzi degli altri Paesi europei.

La spesa farmaceutica in Svizzera rappresenta il 20% delle spese dell'Assicurazione malattia (servizio sanitario pubblico) e il 12% delle spese globali per la salute.

Altro fattore che caratterizza la realtà Svizzera consiste nella normativa di riferimento la quale lascia ampio margine di autonomia alle legislazioni cantonali.

La legislazione cantonale ed intercantonale sui farmaci afferma, infatti, che il controllo sui farmaci sia a carico dei singoli cantoni. La Confederazione si limita a settori di dettaglio quali quello della farmacopea, dei sieri e dei vaccini, degli stupefacenti e del sangue. A partire dal 1990 i singoli cantoni si sono accordati dando vita ad una Convenzione intercantonale per il controllo dei farmaci istituendo un apposito ufficio con lo scopo principale di tutelare i pazienti/utenti contro i farmaci pericolosi,

rispettivamente di controllare l'efficacia e la qualità dei prodotti. Si tratta dell'Ufficio Intercantonale di controllo dei (UICM) di Berna.

Il sistema di commercio dei farmaci in Svizzera non si discosta da quanto presente in altri Paesi. Il presupposto per poter commercializzare un farmaco è dato dalla Registrazione dell'UICM, procedura altrimenti denominata "omologazione" o "autorizzazione di messa in commercio". Attualmente sono circa 9500 le specialità farmaceutiche registrate dall'UICM destinate alla medicina umana (se si conteggiano le stesse a partire dai diversi imballaggi il numero si eleva a circa fr. 15.800 prodotti disponibili).

Le legislazioni cantonali ed intercantonali sui farmaci sono di carattere sanitario non entrando nel merito delle logiche di commercializzazione e di prezzo.

Per la legislazione Svizzera non è possibile entrare in conflitto con il principio di libertà di commercio (art. 31 Cost.) e, di conseguenza, non possono interferire sui prezzi.

La regolamentazione dell'UICM permetteva, fino al 1994, un certo controllo del prezzo nell'ambito della procedura di registrazione. Va precisato tuttavia che l'UICM interveniva unicamente per distorsioni di prezzo superiori al 50% dei prezzi di farmaci di analoga composizione presenti sul mercato. Interventi più incisivi non erano consentiti dalla costituzione. Dietro intervento del Dipartimento federale di giustizia anche detto controllo approssimativo fu abbandonato nel 1994. Il controllo dei prezzi, limitatamente ai prodotti presi a carico dall'Assicurazione malattia, è invece di competenza della LAMal. Quest'ultima riconosce per il rimborso solo dei farmaci ritenuti economici. Nel qual caso li inserisce nel citato "Elenco delle specialità". Il controllo dei prezzi esercitato al riguardo dall'UFAS ha comunque portato a degli scompensi legati unicamente al fatto che la procedura di ammissione non comporta ad esempio, una revisione del prezzo legata alle fluttuazioni dei cambi e ad altri parametri che devono essere considerati al fine di garantire ai pazienti dei prodotti il cui costo rientri nella media europea.

In Svizzera il controllo sui prezzi dei farmaci avviene attraverso:

- l'UFAS per i prodotti a carico dell'assicurazione malattia di base;
- Leggi di mercato per i restanti farmaci.

La Confederazione si occupa, oltre a quanto appena esposto, dell'Assicurazione malattia. In particolare un prodotto che ha ottenuto la registrazione dell'UICM può essere sottoposto all'Ufficio federale delle Assicurazioni sociali (UFAS) per un'eventuale sua presa a carico da parte delle Casse malati.

In caso di accettazione il farmaco viene iscritto nell'Elenco delle Specialità dell'UFAS che comprende circa 2400 prodotti presi a carico dell'Assicurazione di base. Si può quindi concludere che circa il 30% dei 9500 prodotti registrati dall'UICM sono farmaci rimborsati dall'assicurazione malattia di base.

### **2.3 La spesa farmaceutica**

La spesa farmaceutica è suddivisa fra i farmaci pagati dall'Assicurazione di base, dall'Assicurazione complementare e da quelli comperati di tasca propria dal paziente.

Nel 1998 la spesa farmaceutica ammontava a circa 4,4 miliardi di Franchi Svizzeri (FS) di cui 2,7 a carico dell'Assicurazione di base (nel 1997: 2,5 miliardi, nel 1996: 2,3 miliardi).

In particolare, per il Cantone Ticino le spese farmaceutiche a carico dell'assicurazione di base tra il 1995-1998 hanno registrato un aumento del 31%.

1995:	FS 110.2 milioni
1996:	FS 127.5 milioni
1997:	FS 132.0 milioni
1998:	FS 145.0 milioni

Con riferimento ai costi pro-capite (assicurazione di base) la situazione risulta essere la seguente:

1996: Ticino	FS 437 all'anno per assicurato
Media svizzera	FS 325 all'anno per assicurato
1997: Ticino	FS 445 all'anno per assicurato
Media svizzera	FS 347 all'anno per assicurato
1998: Ticino	FS 491 all'anno per assicurato

Come evidenziato dai dati appena riportati, i costi pro-capite a capo dell'assicurazione di base registrano un valore costante più elevato rispetto a quello individuato per l'intero Paese.

Tra i fattori che possono incidere sulla differenza tra il valore medio riscontrato per il Cantone Ticino e quello nazionale, la spesa farmaceutica sembra rivestire un ruolo importante.

## **2.4 Il modello di remunerazione del farmacista**

Prima di entrare nel merito del nuovo sistema di retribuzione a prestazione per i farmacisti cerchiamo di comprendere il percorso e gli elementi che portano alla formazione del prezzo del farmaco al fine di individuare il legame che sussiste tra spesa farmaceutica e differenti metodi di remunerazione per i farmacisti.

Si parla di prezzo grossista o ex-fabbrica in riferimento al prezzo di vendita dal produttore al grossista. Quest'ultimo rivende il prodotto al farmacista, che a sua volta lo fattura al paziente. In questo caso il riferimento è fatto al prezzo al pubblico. Il margine del grossista sommato a quello del farmacista è detto "margine di distribuzione". Il margine di distribuzione è generalmente correlato al prezzo del farmaco e di conseguenza varia in funzione del prezzo dei prodotti.

Il margine di distribuzione svizzero è in generale del 5% più elevato rispetto al resto dei Paesi europei (come è possibile esaminare nella sezione inerente alla spesa farmaceutica internazionale).

Quanto alla formazione del prezzo, occorre ricordare che ci troviamo in un settore particolare dove i costi della ricerca e dell'innovazione sono elevati. Volendo realizzare un confronto con un altro settore, quale quello alimentare, riscontriamo che quest'ultimo ha delle spese di ricerca nettamente inferiori. In compenso il reddito nel settore farmaceutico è più elevato; ciò è comprensibile in quanto deve remunerare rischi che in questo settore risultano notevolmente elevati.

Normalmente il prezzo ex-fabbrica considera:

- le spese generali;
- le spese di ricerca e sviluppo;
- le spese di produzione;
- le spese di pubblicità;
- le spese di pubblicità e di commercializzazione

Nel tentativo di individuare sistemi ad hoc per diminuire la spesa farmaceutica nazionale, numerosi Paesi (tra i quali ad esempio UK, Belgio, Germania) si stanno orientando verso nuovi meccanismi di regolamentazione tra i quali i principali sembrano essere l'incentivazione alla vendita dei farmaci generici e "nuovi" modelli di remunerazione per i farmacisti.

Quanto ai risparmi legati all'incentivo dell'uso dei generici, misura quest'ultima ritenuta opportuna dagli attori istituzionali, va precisato tuttavia che le economie sono anche in questo caso modeste. L'importo maggiore della spesa farmaceutica, infatti, è costituito da farmaci ancora sotto la protezione dei brevetti, prodotti per i quali non vi sono quindi dei generici di sostituzione. Il mercato dei generici rappresentava nel 2004 2005 una cifra d'affari di circa 70 milioni di franchi all'anno: con gli incentivi previsti potrebbe forse raddoppiare o triplicare: ma resterebbe comunque su valori ben lontani dai circa 2.7 miliardi di spese farmaceutiche dell'assicurazione di base.

Tra i diversi sistemi che la Svizzera sta adottando nel tentativo di diminuire la spesa farmaceutica, l'introduzione di un diverso modello di remunerazione dei farmacisti risulta essere una delle più significative. Oltre ad essere promossa dall'esigenza di diminuire la spesa farmaceutica nazionale, il nuovo modello di remunerazione basato sulle prestazioni (RBP) rispecchia l'esigenza, sentita oramai a livello internazionale, di miglioramento del servizio sanitario anche attraverso una professionalizzazione del ruolo del farmacista.

#### 2.4.1 Il modello di remunerazione del farmacista preesistente

Fino al 30 giugno 2001 la remunerazione dei farmacisti consisteva nell'applicazione del modello percentuale sul prezzo del farmaco. In concreto, più il farmaco era caro, più il farmacista veniva remunerato indipendentemente dalla qualità e dalle caratteristiche

dell'attività prestata. Se ad esempio un farmaco costava 10 franchi, al farmacista ne restavano circa 3, mentre qualora ne costava 200 franchi l'utile saliva a circa 60 franchi. Il margine non era comunque lineare, ma seguiva il regime generale fissato nel cosiddetto "ordine di mercato" (Tabella n. 1); e per i grossisti vigeva un margine analogo.

Il modello precedentemente adottato è risultato essere inadeguato rispetto all'obiettivo della riduzione della farmaceutica, nonché rispetto all'orientamento internazionale di incentivazione della professionalità del farmacista. In relazione a quest'ultimo aspetto, infatti, il modello percentuale non premia e non incentiva un miglioramento continuo dell'attività del farmacista che si rifletta sulla professionalità del singolo individuo. I servizi aggiuntivi che venivano già forniti non venivano remunerati, non stimolando l'introduzione degli stessi nelle farmacie in cui non erano presenti.

Le spese complessive per la sanità, inoltre, sono continuamente cresciute negli ultimi anni. I farmaci costituiscono oggi circa il 20% dei costi dell'assicurazione di base. L'introduzione di farmaci innovativi, efficaci, ma con prezzi spesso molto elevati, è corresponsabile dell'evoluzione dei costi sanitari.

La modifica prevedeva di portare entro la fine 2002 a risparmi per le casse malati calcolati in 240 milioni di franchi. Si prevedeva a medio lungo termine un effetto di contenimento sui costi dei farmaci nell'ambito dell'assicurazione malattie obbligatoria.

Il nuovo sistema è dunque socialmente interessante, in quanto elimina quel meccanismo perverso che permetteva ai fornitori di prestazioni un guadagno maggiore vendendo farmaci particolarmente cari. Il nuovo modello può dirsi orientato non solo alla risoluzione delle problematiche attuali legate alla spesa farmaceutica, ma si pone anche in un'ottica futura. Il veloce sviluppo tecnologico porterà sempre più avanti la ricerca farmaceutica nell'individuazione di nuovi farmaci più efficaci, ma anche più costosi. Un modello basato sulla performance del farmacista e non sul prezzo del farmaco comporterà una minore incidenza del prezzo del farmaco sulla remunerazione del farmaco.

**Tabella n. 1: Régime générale des marges**

Echelon	Classe de prix (fr)	Part du fabricant en % du PP	Marges			
			Com. de gros en %		Com. Spéc. En	Méd. Proph en
			du PACS	du PP		
1	0 - 19.95	53,125%	15%	9,375%	37,50%	33%
ZT 1	20 - 21.25	fr. 10.63-fr. 11.88	fr. 1,87		fr. 7,50	fr. 6.60
2	21.30 - 99.95	55,847%	13,750%	8,903%	35,25%	30,50%
ZT 2	100 - 113.70	fr. 55.85-fr. 69.55	fr. 8.90		fr. 32,25	fr. 30,50
3	113.75 - 199.95	60,720%	12%	8,280%	31%	26,50%
ZT 3	200 - 229.60	fr. 121.44-fr. 151.04	fr. 16,56		fr. 62,-	fr. 53,-
4	229.65 - 299.95	64,970%	11%	8,030%	27%	23,50%
ZT 4	300 - 352.15	fr. 194.91-fr. 247.06	fr. 24,09		fr. 81,-	fr. 70.50
5	352.20 - 399.95	68,915%	10,5%	8,085%	23%	19,50%
ZT 5	400 - 484.70	fr. 275.66-fr. 359.86	fr. 32.34		fr. 92,-	fr. 78-
6	484.25 - 499.95	72.9%	10%	8,1%	19%	15,50%
ZT 6	500 - 633.35	fr. 364.50-fr. 497.85	fr. 40,50		fr. 95,-	fr. 77.50
7	633.40 et plus	> 76,925%	fr. 51,-		fr. 95,-	fr. 77.50

ZT: zone tampon; PACS: prix d'achat du commerce spécialisé; PP: Prox public, IVA non comprise

*Fonte nostro adattamento Ordine dei Farmacisti del Cantone Ticino (2001)*

## 2.5 La remunerazione del farmacista basata sulle prestazioni.

Nella primavera del 2000 il Parlamento federale ha adottato la prima revisione parziale della LAMal, con la quale è stato introdotto il principio secondo cui le prestazioni del farmacista sono remunerate indipendentemente dal prezzo dei farmaci che fornisce. Di conseguenza, il sistema di formazione dei prezzi di vendita dei farmaci è stato cambiato. Queste novità sono entrate in vigore a partire dal 1° luglio del 2001 e si applicano solo ai farmaci con obbligo di ricetta presi a carico dall'assicurazione sanitaria pubblica (cassa malati).

L'introduzione della modalità di remunerazione fondata sulla prestazione va a modificare, nei limiti delle possibilità previste dall'accordo medesimo, il precedente sistema di remunerazione basato esclusivamente sul margine di guadagno sul prezzo del farmaco. Le modifiche prevedono che una parte della remunerazione sia comunque legata ad una percentuale sul prezzo del farmaco, mentre per la restante verrà composta in misura relativa alle prestazioni effettivamente fornite dal farmacista.

La remunerazione basata sulla prestazione distingue le prestazioni legate alla "distribuzione" dalle prestazioni farmaceutiche.

Le prestazioni sulla "distribuzione" includono:

- L'investimento di capitale e la remunerazione del rischio a ciò legato;
- La messa a disposizione delle infrastrutture;
- Le spese del personale.

Queste prestazioni sono coperte attraverso il prezzo dei farmaci fatturati al SSN che si compone di un prezzo ex-factory, di un margine percentuale e di un margine fisso.

Alle prestazioni farmaceutiche fornite dai farmacisti sono attribuite le due *tasse* seguenti:

- Una *tassa farmacisti* che viene versata per ogni tipologia di farmaco (ligne) venduta presente nella ricetta. La tassa viene versata una volta, per prodotto presente sulla ricetta. Es. se la ricetta contiene quattro confezioni dello stesso farmaco verrà versato al farmacista l'importo relativo ad un'unica tassazione, mentre se la ricetta prevede quattro prescrizioni di quattro farmaci differenti, al farmacista verrà versato quattro volte l'importo relativo alla tassa.
- Una *tassa paziente* che può essere prelevata una sola volta per trimestre in funzione della tenuta di una cartella pazienti (dossier du patient). Per cartella paziente si fa riferimento alle fatture sulle quali il farmacista rileva la prestazione al paziente/utente,

Secondo la convenzione la remunerazione relativa all'attività di distribuzione del farmaco è così determinata:

- Margine percentuale (sul capitale): 15% del prezzo ex-fabbrica
- Margine fisso: calcolato partendo dal prezzo ex-fabbrica

Prezzo ex-fabbrica	Margine fisso
00.00-04.99	Fr. 4 _
05.00-09.99	Fr. 8 _
10.00-14.99	Fr. 12_
Dès 15.00-...	Fr. 16_

La remunerazione delle prestazioni-base offerte dal farmacista sono così individuate:



Tassa del farmacista:	4 punti tariffari
Tassa paziente	7 punti tariffari

Un punto tariffario è stato assegnato il valore di 1,05 Fr.

Con il nuovo sistema di remunerazione il farmacista riceve sempre la stessa somma per tipologia di attività o servizio svolto, indipendentemente dal costo del prodotto.

Il valore della prestazione è stato fissato in tariffario a punti. Per ogni farmaco che fornisce, il farmacista può fatturare alla cassa malati del paziente 4 punti tariffari ("tassa farmacista"); siccome un punto corrisponde oggi a Fr. 1.05, la fornitura di un farmaco da parte del farmacista costa sempre Fr. 4.20.

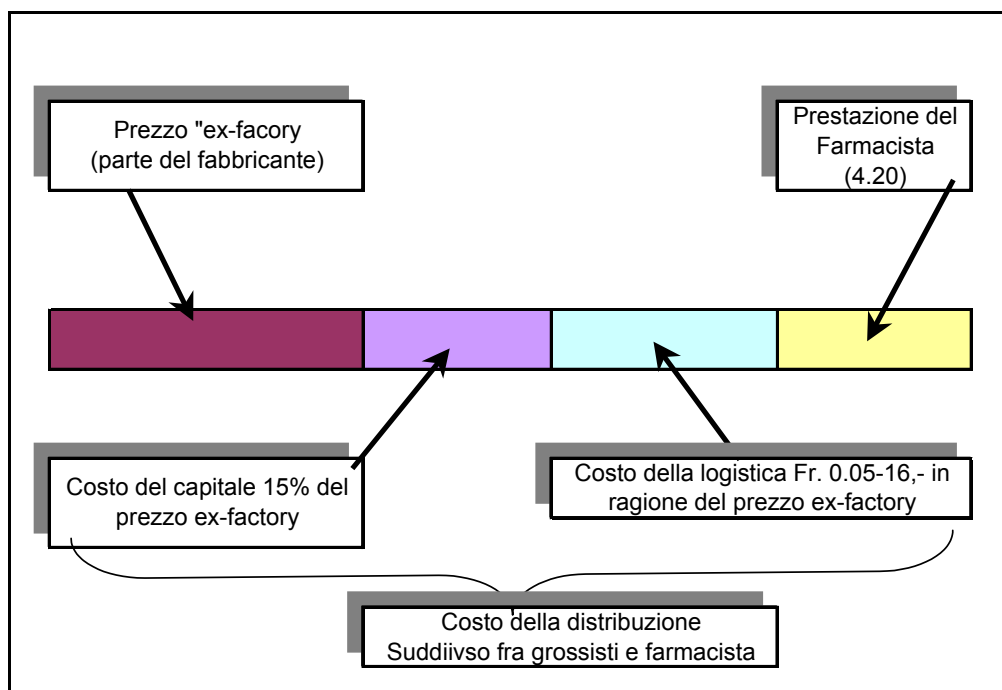
Oltre a ciò, per compensare i costi di capitale e della logistica (spese di trasporto, infrastruttura e personale) gli attori che intervengono nella distribuzione del farmaco (grossisti e farmacista) si dividono un margine che dipende dal costo del farmaco.

La remunerazione lorda del farmacista è dunque costituita dal valore della presentazione e della quota del margine di distribuzione di sua competenza.

Il prezzo dei farmaci risulta ad oggi formato come descritto nella figura n. 2.

Il nuovo modello di remunerazione del farmacista si basa essenzialmente sulla valutazione della prestazione intellettuale/professionale, abbandonando così l'attuale sistema del margine basato sul prezzo al pubblico del farmaco. Tale modello si prefigge altresì di favorire l'uso di generici (al farmacista è permesso, salvo disposizioni contrarie del medico, di sostituire i farmaci prescritti con dei generici più a buon mercato).

Figura n. 2 Modello di determinazione del prezzo dei farmaci



Fonte nostro adattamento Ordine dei Farmacisti del Cantone Ticino (2001)

### 2.5.1 Le altre prestazioni pagate secondo il nuovo tariffario a punti

L'elaborazione della ricetta medica è solo una delle prestazioni professionali del farmacista che dal 1 luglio 2001 sono remunerate a punti. Il tariffario comprende diverse altre componenti, qui riassunte:

- **Tassa paziente:** intende remunerare i costi connessi alla tenuta di un dossier paziente la verifica degli effetti cumulativi e delle interferenze fra i farmaci prescritti da medici diversi e la gestione amministrativa del paziente. Vale 7 punti (Fr. 7.35) ed è fatturabile per ogni singolo medico al massimo 4 volte all'anno. Non viene pagata dai clienti occasionali, i quali però perdono la possibilità di accedere al servizio di assistenza continuativa da parte del farmacista.
- **Tassa urgenze:** per ogni intervento della farmacia di turno, tra le 07:00 e le 21:00, ma fuori dagli orari normali di apertura di quella farmacia. Vale 12 punti

(Fr. 12.60). L'orario dell'intervento deve essere riportato sulla ricetta e controfirmato dal paziente.

- **Tassa notturna:** per ogni intervento della farmacia di turno durante la notte, fra le 21:00 e le 07:00. Vale 20 punti (Fr. 21.-) e viene fatturata quale supplemento alla "tassa urgenze".
- **Tassa di somministrazione:** quando il farmacista somministra direttamente un farmaco al paziente su prescrizione medica (metadone, Antabus, tranquillanti). Vale 10 punti (Fr. 10.50).
- **Tassa di sostituzione:** per la sostituzione di un preparato originale con un generico (copia) più a buon mercato. Vale il 40% della differenza di prezzo fra l'originale prescritto e il generico selezionato, ma al massimo 20 punti (Fr. 21.-).

Al fine di diminuire l'incidenza della spesa farmaceutica pubblica sono stati previsti diversi interventi che riguardano sempre il farmacista e la sua attività.

I farmacisti convenzionati forniscono un proprio contributo finanziario per la stabilizzazione dei costi (Contribution pour la stabilisation des coûts: CSC). Nel dettaglio il sostegno al mantenimento della spesa farmaceutica pubblica da parte dei farmacisti consiste nell'auto-applicarsi uno sconto del 3,2% sul prezzo al pubblico su un elenco di prodotti a carico della spesa pubblica.

Tenuto conto del margine del farmacista, detto ribasso corrisponde all'incirca al 10% del margine del farmacista.

Tale sconto si riferisce unicamente ai prodotti a carico dell'assicurazione di base ed è giustificato, oltre che da un margine di distribuzione elevato, dal fatto che i prezzi svizzeri di vari prodotti contenuti nell'ES sono nettamente più cari che altrove.

## **2.6 Primi effetti del nuovo modello di remunerazione in base alle prestazioni**

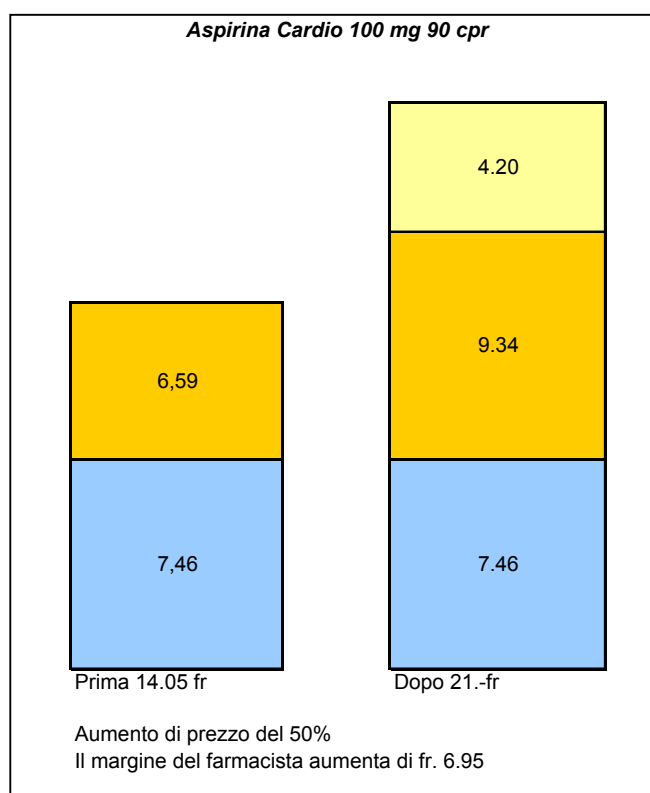
Il cambiamento nel sistema di formazione dei prezzi comporta un aumento del prezzo dei farmaci finora a buon mercato. Questo aumento è molto marcato in termini percentuali, ma è contenuto in valore assoluto. Per contro, il prezzo dei farmaci ad

elevato prezzo ha fatto registrare un calo. La riduzione può sembrare limitata se si considerano i valori percentuali, ma diventa importante se si considera la quantificazione monetaria. Approssimativamente è possibile rilevare che la spesa per l'acquisto dei farmaci è aumentata per i singoli farmaci il cui prezzo è inteso fino a Fr. 50, i prezzi dei farmaci compresi tra i 50 Fr e i 100 Fr sono rimasti più o meno stabili, mentre sono diminuiti quelli che costavano più di Fr. 100.

Alcuni esempi si possono avere prendendo a confronto un farmaco economico da uno caro:

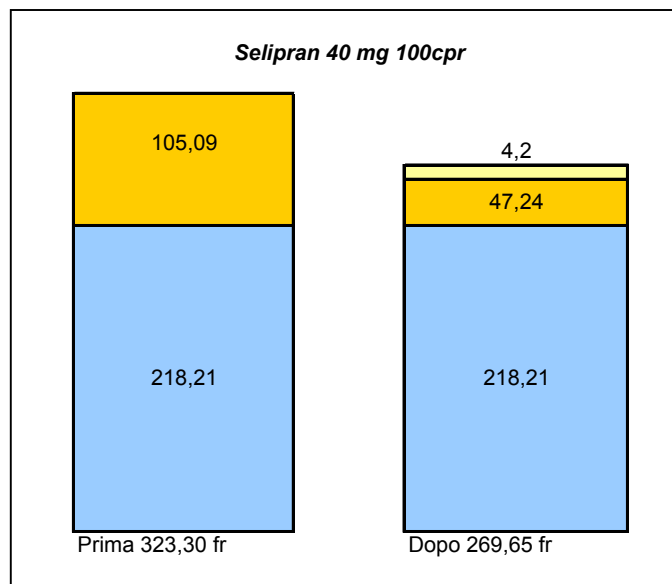
- Farmaco a buon mercato (figura n.3): Aspirina Cardio 100 mg, confezione da 90 compresse da 14.05 a 16.80 (+4.20 taxa farmacista)
- Farmaco caro (figura n. 4): Selipran 40 mg, confezione da 100 compresse da 323.30 a 265.45 (+ 4.20 taxa farmacista)

**Figura n. 3 Modifica del prezzo del farmaco nel caso di importi inferiori a 50 fr**



Fonte nostro adattamento Ordine dei Farmacisti del Cantone Ticino (2001)

**Figura n. 4: Modifica del prezzo del farmaco nel caso di importi superiori a 100 fr**



*Fonte nostro adattamento Ordine dei Farmacisti del Cantone Ticino (2001)*

La "tassa farmacista" copre i costi di elaborazione della ricetta: verifica dell'autenticità, validità (data), nome del medico (firma), nome del paziente, controllo dei dosaggi, delle controindicazioni, delle interazioni, dell'osservanza terapeutica, raccomandazioni e consulenza al paziente circa le modalità e i tempi di somministrazione, gli eventi avversi, la conservazione e la manipolazione del farmaco, eccetera. Queste attività - eseguite sistematicamente dal farmacista, ma non sempre percepite dal paziente- erano evidentemente retribuite anche con il vecchio sistema di remunerazione, ma tramite una percentuale sul prezzo di vendita del farmaco. La "tassa farmacista" non è dunque una remunerazione supplementare, che prima non esisteva, ma solo un modo nuovo, diverso, di pagare il farmacista per le attività svolte e che generano valore. Adottando la modifica del modello di remunerazione, il Parlamento federale ha peraltro imposto la neutralità dei costi e dei redditi al momento del cambio. Ciò significa che globalmente tutte le farmacie della Svizzera non dovrebbero vedere modificare il livello complessivo della propria remunerazione, né realizzare benefici dipendenti dal cambiamento di sistema. Alcune farmacie realizzeranno remunerazioni maggiori (quelle che vendono prevalentemente farmaci a basso costo, che aumentano), altre più basse (quelle che vendono soprattutto confezioni grandi e farmaci cari, che diminuiscono), ma nel

complesso i costi dei farmaci e il valore delle fatturazioni per le casse malati resteranno invariati.

Al fine di rendere più comprensibili le logiche sottostanti al nuovo modello di remunerazione nella tabella n 1 sono stati riportati alcuni esempi chiarificatori.

**Tabella n. 1 Casi applicativi del nuovo modello di remunerazione del farmacista**

<b>Casi Presentati</b>	<b>Applicazione metodo</b>
Ricetta con prescrizione di 3 farmaci differenti	Il farmaco fattura alla cassa malati 1 volta per tipologia di farmaco; nel caso trattato quindi 3 volte. Il farmacista deve controllare le posologie, le controindicazioni, gli effetti secondari (ed altro) per ogni singolo farmaco.
Se una ricetta contiene la prescrizione di 4 scatole dello stesso farmaco	1 volta sola se vengono fornite assieme, 4 volte se medico o paziente chiedono di consegnare 1 scatola per volta.
In caso di acquisto di un farmaco ottenibile senza ricetta medica	Non si applica la tassa sul farmacista. La nuova struttura dei prezzi si applica solo ai farmaci sottoposti a ricetta medica e obbligatoriamente alla cassa malati. Il vecchio sistema basato su margini percentuali resta fondamentalmente in vigore per i farmaci ottenibili senza ricetta medica, per i farmaci su ricetta non riconosciuti dalle casse malati o pagati tramite complementari.
Acquisto di farmaco non riconosciuto dalla cassa malati	Non si applica la tassa sul farmacista. La nuova struttura dei prezzi si applica solo ai farmaci sottoposti a ricetta medica e obbligatoriamente alla cassa malati. Il vecchio sistema basato su margini percentuali resta in vigore per i farmaci ottenibili senza ricetta medica, nonché per i farmaci su ricetta, non riconosciuti dalle casse malati o pagati tramite complementari.
Variabilità del prezzo del farmaco	La Commissione federale della concorrenza negli ultimi anni è intervenuta ripetutamente nel settore farmaceutico con l'obiettivo di eliminare l'uniformità dei prezzi dei farmaci in Svizzera. Ogni punto vendita è oggi libero di stabilire i suoi prezzi di vendita, seguendo le regole del mercato. Per le fatturazioni alla cassa malati sono stati fissati, dall'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS), dei prezzi massimi, cui i farmacisti devono attenersi. Ogni farmacia è libera di applicare sconti sia ai suoi clienti sia alla cassa malati. Attualmente la maggioranza delle farmacie accorda agli assicuratori uno sconto del 3% circa sul volume d'affari complessivo. Si tratta complessivamente di circa 70 milioni all'anno. La liberalizzazione dei prezzi dei farmaci è del tutto indipendente dal nuovo sistema di remunerazione dei farmacisti.
Sostituzione del preparato originale prescritto con il generico	Dal 1 gennaio del 2001 il farmacista ha ottenuto il diritto di sostituire il farmaco indicato in ricetta con il generico meno caro ad alcune condizioni, ma non vi è ad oggi nessun obbligo a farlo. Qualora il farmacista faccia uso di questa sua nuova competenza viene retribuito dalla cassa malati per il 40% della differenza di prezzo fra originale e generico con un massimo di 21 Fr. (20 punti tariffali). Le assicurazioni sociali intendono, con questo incentivo, stimolare la vendita dei generici che presentano prezzi inferiori. Il farmacista può procedere alla sostituzione solo se il paziente è d'accordo e se il medico non ne ha vietato la sostituzione (il medico ha diritto di opporsi preventivamente alla sostituzione apponendo nota in tal senso sulla ricetta "SIC").

### **3. Il modello di remunerazione del farmacista in Canada**

L'interesse nell'indagare il caso canadese, ai fini del progetto di ricerca, è riscontrabile nell'abbandono da parte del Governo canadese, ormai da numerosi anni, del modello di remunerazione del farmacista basato esclusivamente sulla percentuale del prezzo del farmaco preferendo ad esso un modello di remunerazione misto.

Il fine primo del Canada sembra essere imputabile al contenimento della spesa farmaceutica, ma i diversi interventi volti a limitare la crescita della spesa farmaceutica, tra i quali anche un diverso modello di remunerazione del farmacista, hanno prodotto effetti positivi anche sul ruolo del farmacista nel sistema sanitario e su una maggiore professionalizzazione del ruolo medesimo.

In realtà all'interno del Canada sono presenti, in capo alle diverse province, differenti modelli di remunerazione del farmacista, più o meno complessi, in ragione dell'autonomia territoriale riguardante la gestione della spesa farmaceutica.

Il modello di remunerazione adottato in Québec presenta notevoli aspetti interessanti, tra i quali è possibile sottolineare una sua prima attuazione già nel 1978, un elevato numero di determinanti che vanno a comporre la remunerazione finale del farmacista ed, infine, l'elevata complessità del modello.

#### **3.1 La spesa farmaceutica in Canada**

Il controllo della spesa farmaceutica in Canada è stato da tempo una delle principali attenzioni del governo federale e delle singole province. In effetti, per tutti gli anni '80 e buona parte dei '90 la spesa farmaceutica è aumentata costantemente fino a costituire il 14,4% dell'intera spesa sanitaria, incremento dovuto principalmente alla crescita dei consumi di farmaci nella popolazione (IMS, 1997). In Canada, il governo federale copre il primo dollaro di spesa per le visite mediche e i ricoveri ospedalieri, mentre la gestione della spesa pubblica sanitaria, compresa quella farmaceutica, è a carico del governo provinciale. Inoltre, anche le metodologie di remunerazione dei farmacisti è soggetta a concertazione a livello provinciale.

Il sistema sanitario canadese è principalmente finanziato dal governo centrale tramite la contribuzione generale. Buona parte dei servizi sanitari sono gratuiti ed erogati dalle

singole province che ricevono specifici trasferimenti. Le province, inoltre, possono approntare specifici programmi sanitari attraverso imposizioni fiscali aggiuntive.

Lo stato centrale fissa, attraverso il Canada Health Act, i principi e le regole di funzionamento generale del servizio sanitario nazionale. Pertanto, l'uniformità del servizio sanitario è garantito proprio grazie a questo quadro generale. Rimangono di competenza esclusiva delle province tutti gli aspetti riguardanti le politiche farmaceutiche, ad eccezione di quella relativa ai servizi istituzionali a carico del governo centrale. La risultante di questo assetto è il verificarsi di una notevole differenziazione sulle modalità con cui i farmaci sono finanziati e come essi siano remunerati alle farmacie.

La spesa farmaceutica complessiva<sup>21</sup> prevista per il 2003 era di \$ 19,6 miliardi, in sensibile aumento rispetto ai \$ 16,7 miliardi del 2001. In aumento anche l'incidenza di tale componente sulla spesa sanitaria complessiva, che nel 2001 si attestava intorno al 15,7%, e nel 2003 ha raggiunto il 16,2%. Il dato ancora più rilevante, ai fini dell'analisi del trend, è che nel 1985 l'incidenza era intorno al 9,5%.

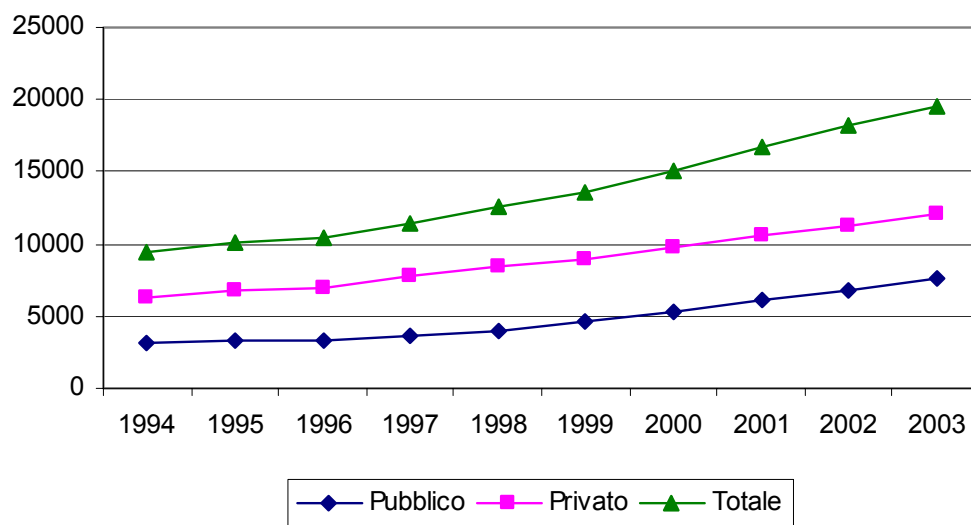
L'aumento della spesa farmaceutica è continuo, come mostra la figura n. 1, sia nella componente pubblica, sia in quella privata di spesa, con una prevalenza di quest'ultima.

---

<sup>21</sup> I dati qui presentati provengono dal National Health Database. Per spesa farmaceutica complessiva è da intendersi il costo finale sostenuto dai consumatori relativo sia a prodotti soggetti a prescrizione sia a prodotti da banco.



**Figura 12 Andamento della spesa farmaceutica pubblica/privata/complessiva in Canada**

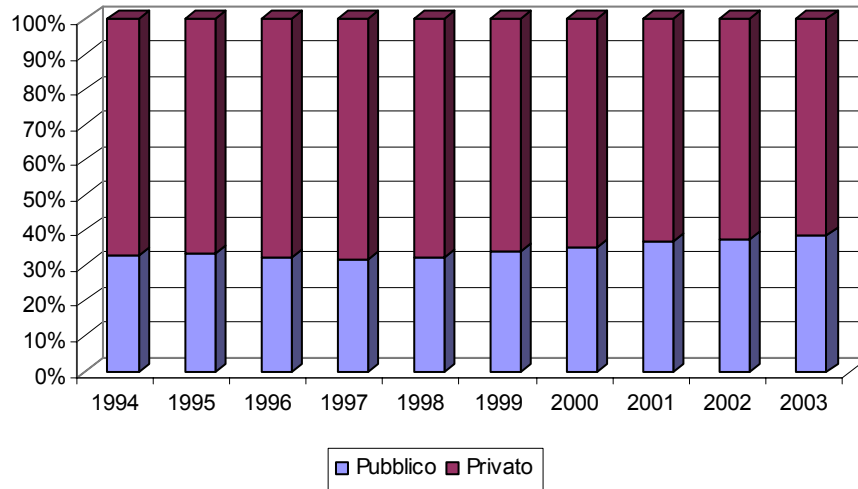


*Fonte: nostra elaborazione su dati National Health Database - Canada*

La spesa privata, infatti, supera sostanzialmente quella pubblica che si assesta intorno al 30% della spesa complessiva come evidenziato nella figura 2. Tale dato aumenta se si considerano solo i farmaci soggetti a prescrizione; nel qual caso la componente di spesa pubblica cresce fino a circa il 45%.

Come già accennato la spesa farmaceutica, così come le politiche ad essa relative, sono a carico dei governi provinciali. Ciò comporta la possibilità per ciascuna Provincia, all'interno di regole e principi comuni, di adottare differenti strumenti e modalità di regolazione di tale ambito.

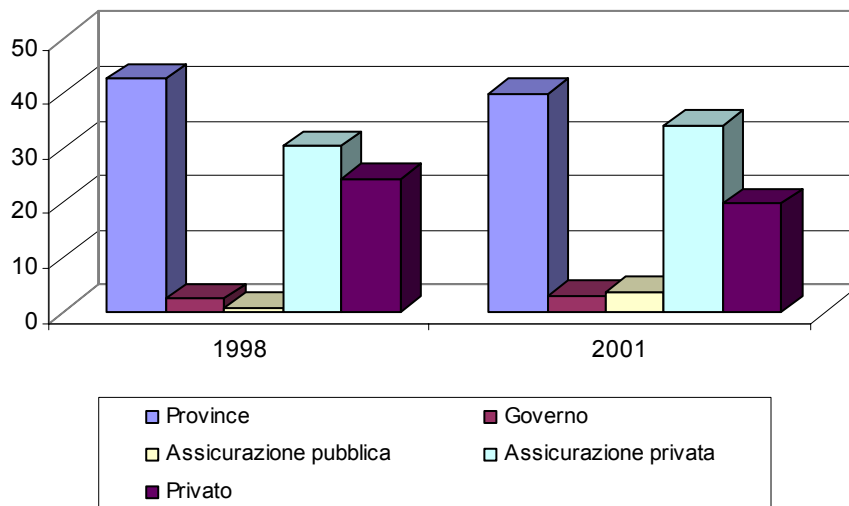
**Figura 13** Composizione % della spesa farmaceutica in Canada



Fonte: nostra elaborazione su dati National Health Database - Canada

Analizzando la spesa farmaceutica per fonte di finanziamento (si veda figura 3) emerge chiaramente come siano le Province a sostenere e garantire il consumo dei farmaci con risorse pubbliche. Il governo centrale, al contrario, sostiene la spesa farmaceutica con percentuali inferiori al 5%, forte ruolo, diversamente dal sistema delle assicurazioni private che nel 2001 coprivano oltre il 30% della spesa complessiva.

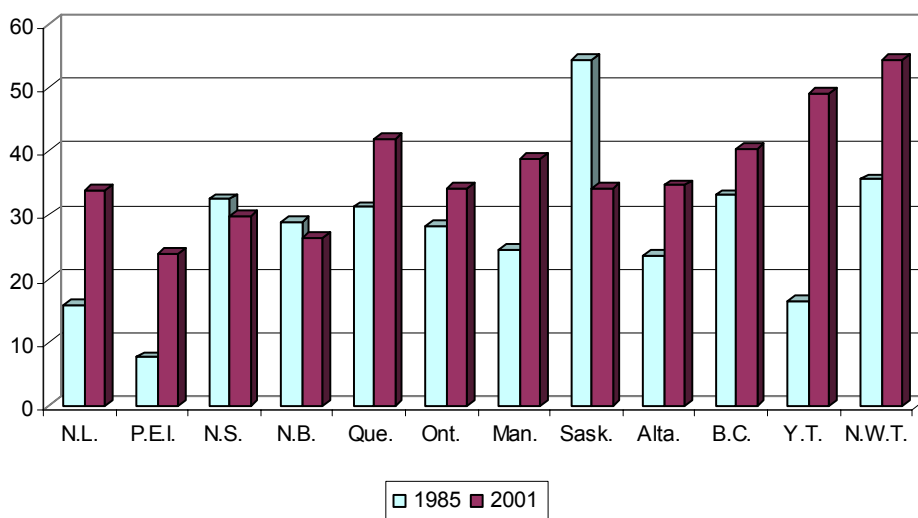
**Figura 3** La composizione % della spesa farmaceutica per fonte di finanziamento



Fonte: nostra elaborazione su dati National Health Database - Canada

Il sistema della spesa farmaceutica in Canada si caratterizza, in sintesi, per una predominanza della componente privata, lasciando al settore pubblico il ruolo di sostegno dei meno abbienti e dei soggetti in specifiche situazioni socio-sanitarie. Il tutto, si ricordava poc'anzi, all'interno di un complessivo sistema basato sul principio federalista di autonomia delle diverse Province di determinare autonomamente l'ampiezza della copertura pubblica della spesa farmaceutica. Pertanto, ciò porta a spiegare le differenze esistenti, ad esempio, nella componente pubblica della spesa complessiva che passa dal 54,4% dei Territori del Nord-Ovest (N.W.T.), al 24% nell'Isola del Principe Edward (P.E.I.). Nonostante le differenze evidenti, in quasi tutte le Province (si veda figura 4) si è registrato un aumento della componente pubblica, ad eccezione della Nuova Scozia (32,5% nel 1985, 29,9% nel 2001), del New Brunswick (29% nel 1985, 26,4% nel 2001) e del Saskatchewan (54,4% nel 1985, 34,1% nel 2001).

**Figura 4 Spesa farmaceutica pubblica nelle Province canadesi (% del totale)**



*Fonte: nostra elaborazione su dati National Health Database - Canada*

Le differenze nelle politiche pubbliche di assistenza e copertura farmaceutica adottate nelle Province sono evidenziate nella tabella 1.

**Tabella 1: Piani provinciali di copertura farmaceutica**

	<b>British Columbia</b>	<b>Alberta</b>	<b>Sask.</b>	<b>Manitoba</b>	<b>Ontario</b>	<b>Quebec</b>	<b>New Brun. Bruns.</b>	<b>Nova Scotia</b>	<b>Prince Ed. Is.</b>	<b>Nfld.</b>	<b>Yukon</b>	<b>North W. Ter.</b>
I residenti non coperti da altri programmi governativi	X		X	X	X <sup>a</sup>	X						
Residenti con +65 anni	X	X	X	X	X	X	X <sup>B</sup>	X	X	X	X <sup>C</sup>	X
Servizi sociali	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Case di cura	X		X	X	X		X	X <sup>D</sup>	X <sup>E</sup>	X <sup>F</sup>	X	
Fibrosi cistica	X		X	X	X	X	X <sup>G</sup>	X	X	X	X	X
Diabetici		X	X	X	X	X		X <sup>H</sup>	X		X	X
Malati di tumore			X		X	X		X <sup>I</sup>			X	X
Trapiantati di organi			X		X	X	X	X <sup>J</sup>	X		X	X
Malati di AIDS			X		X	X	X	X <sup>J</sup>	X		X	X

A I residenti in Ontario con meno di 65 anni, gli assistiti dai servizi sociali e a domicilio possono usufruire di ulteriori benefici in relazione al reddito.

B I residenti con 65 anni o più ricevono un reddito integrativo.

C Devono essere inseriti nel piano di integrazione del reddito.

D Devono avere più di 65 o assistiti dai servizi sociali.

E Il servizio sanitario gestisce case di cura e finanzia le case di cura private

F Devono qualificarsi con uno specifico stato di bisogno

G Non c'è copertura nel caso in cui il residente usufruisca di altri benefici.

H Devono avere più di 65 anni, con limiti di reddito o essere all'interno di un programma di assistenza a diabetici.

I Devono avere più di 65 anni, con limiti di reddito o essere all'interno di un programma di assistenza a malati di tumore.

J Devono avere più di 65 anni, con limiti di reddito.

### **3.2 La formazione del prezzo del farmaco**

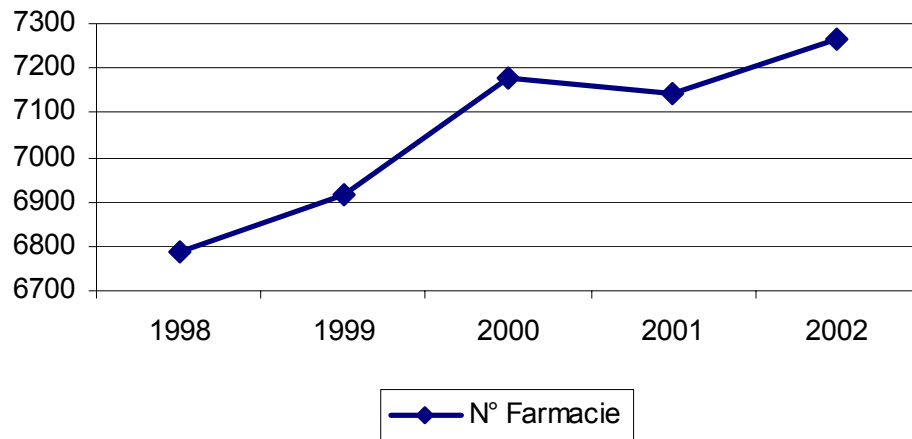
Il prezzo del farmaco si determina principalmente in base alle regole di mercato, nella contrattazione tra i diversi attori. Infatti, l'unico controllo effettuato dal Patented Medicine Prices Review Board è relativo alle medicine soggette a brevetto. Tale commissione indipendente ha il compito di monitorare la congruità del prezzo dei nuovi farmaci immessi nel mercato, in base al loro livello di novità e di efficacia. Il controllo non si rivolge ai farmaci generici e non brevettati, e limitamente al prezzo di fabbrica, cioè a quello di vendita ai grossisti o alle farmacie, in caso di rimessa diretta. La giurisdizione della commissione non coinvolge, quindi, i margini di guadagno dei grossisti e in generale degli altri passaggi distributivi.

Le Province possono adottare sistemi di controllo e di contenimento del costo dei farmaci attraverso i sistemi di remunerazione e di rimborso dei farmaci. In questo senso in British Columbia, così come in Ontario, i farmaci sono raggruppati per gruppi di efficacia terapeutica e solo il minor costo dei farmaci presenti nei gruppi è rimborsato, l'eventuale differenza rimane a carico dell'utente.

### **3.4 Il ruolo e la remunerazione del farmacista**

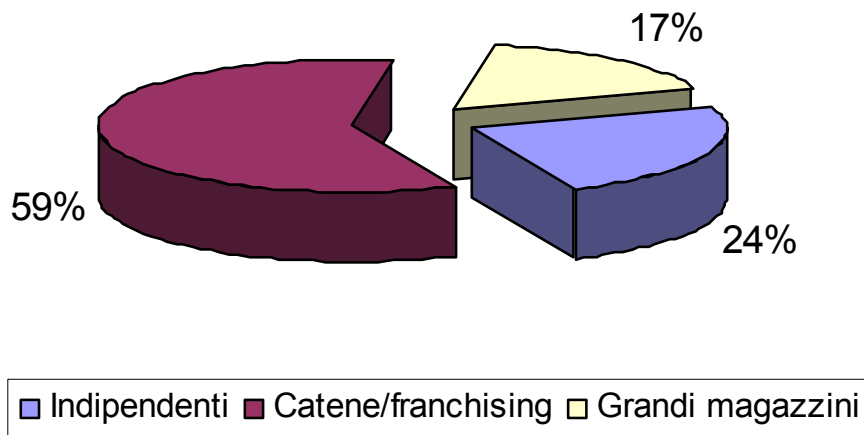
In Canada l'apertura di nuove farmacie è regolata da norme provinciali che garantiscono la professionalità e la qualità del servizio attraverso specifici criteri. Per tale ragione, il numero di farmacie, sebbene in costante aumento, non ha registrato eccessivi rialzi (Figura 5).

Figura 5 Andamento numero farmacie



La natura proprietaria delle farmacie si caratterizza per un sistema simile a quello presente negli Stati Uniti ed in Inghilterra con una forte componente giocata dalle catene e dai grandi magazzini, mentre le farmacie indipendenti rappresentano il 24% del totale (Figura 6).

Figura 6 Natura proprietaria delle farmacie



La commissione ministeriale Romanow ha di recente ribadito due principi fondamentali del sistema di distribuzione dei farmaci, ovvero:

1. la popolazione deve poter accedere alla prescrizione dei farmaci di cui ha bisogno;

2. la prescrizione e la distribuzione dei farmaci deve avvenire nel modo più efficiente ed efficace.

Proprio su questo ultimo punto si inserisce il ruolo riconosciuto al farmacista all'interno del sistema sanitario, sempre dalla Romanow Commission, la quale sancisce:

*«Pharmacists can play an increasingly important role as part of the primary health care team, working with patients to ensure they are using medications appropriately and providing information to both physicians and patients about the effectiveness and appropriateness of certain drugs for certain conditions.»* Romanow, R.J., *Building on Values: the Future of Health Care in Canada*, Commission on the Future of Health Care in Canada: 2002.

La commissione governativa ha, in sostanza, riconosciuto il ruolo dei farmacisti come attori fondamentali per l'efficacia del servizio sanitario nazionale, in grado di:

1. Fornire informazioni sulle modalità di utilizzo dei farmaci e consigli sul farmaco più adeguato per una particolare patologia (drug therapist).
2. Fornire informazioni su determinate iniziative governative.
3. Fornire informazioni a medici di medicina generale e al Ministero della Salute, partecipando eventualmente a riflessioni sull'efficacia delle terapie e delle politiche sanitarie.
4. Fornire servizi sanitari specifici (primary care; cartella paziente elettronica; gestione farmaceutica...).

È evidente l'intenzione di inserire i farmacisti tra gli attori che partecipano attivamente al governo ed alla gestione del servizio sanitario e dalla cui professionalità dipende parte dell'efficienza e dell'efficacia di sistema.

La stessa associazione nazionale dei farmacisti (Canadian Pharmacists Association) nel suo report annuale afferma:

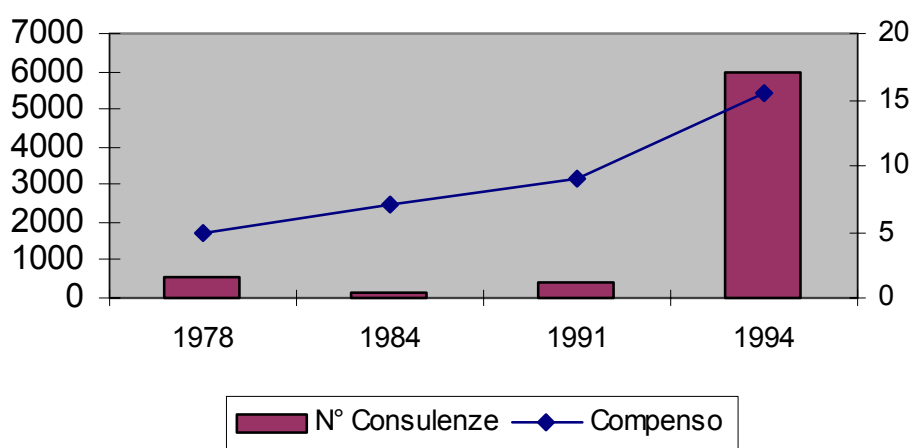
*«Canadian pharmacists have before them the real opportunities to improve their working lives expand the scope of their practices and enrich the contribution they make to the health of Canadians. Canadian pharmacists have a chance to step forward and take their place at the forefront of Canada's health care delivery team»* Canadian Pharmacists Association - Annual Report, 2002-2003.

Il sistema di remunerazione dei Farmacisti diffuso nelle Province canadesi ha da tempo abbandonato la metodologia basata sul mark-up percentuale sul prezzo, sostituendolo con altri sistemi più o meno evoluti. La tabella 2 riassume le caratteristiche del sistema di remunerazione adottato nelle diverse Province.

Emerge come si passi da sistemi semplificati, come quello dell'Ontario, in cui la quota percentuale è stata sostituita da una quota fissa, a sistemi più elaborati e complessi, come quello adottato in Québec, che prevedono una quota fissa differenziata in relazione al tipo di servizio erogato.

Proprio il caso del Québec mette in mostra come vi sia un collegamento tra comportamenti dei farmacisti e sistema di finanziamento. Infatti, dal 1978 i farmacisti in Québec ricevono un compenso per il servizio di consulenza all'utente, compenso considerato inadeguato. Nel 1991 un aumento della remunerazione del servizio ha portato ad un incremento considerevole di tale attività, più che raddoppiando i livelli (si veda figura 7).

**Figura 7 Rapporto tra servizio di consulenza e compenso**





Scheda 2 Sistemi di remunerazione delle Farmacie

	<b>British Columbia</b>	<b>Alberta</b>	<b>Sask.</b>	<b>Manitoba</b>	<b>Ontario</b>	<b>Quebec</b>
<i>Prescrizione-max (media)</i>	7,55 (6,17)	Da 9,70 a 19,70 (8,90)	6,93 (6,18)	Da 0,95 a 10,50 (6,05)	6,11	7,00 (6,54)
<i>Contraccettivi orali-max (media)</i>	7,55 (6,17)	2/3 del costo di acquisizione	6,93 (6,18)	Da 0,95 a 7,50	6,11	7,00 (6,54)
<i>Preparazioni-max (media)</i>	Costo delle componenti + quota fissa	6,11 + 0,60 per minuto dopo il 7°	6,93 + 0,30 per minuto	7,50 + 4,50 per 15 minuti	6,11 + 0,50 per minuto	11,13 (10,36) in polvere, 7,00 (6,54) se liquido
<i>Rifuto di prescrizione</i>			In considerazione			7,00
<i>Servizi cognitivi e interventi specifici</i>	2 vole U+C		Prescrizioni di prova			15,45
<i>Servizio su chiamata</i>						22,48
<i>Supplementi dietetici</i>	Da schema provinciale				6,11	5,40 (4,66)
<i>Formula capitaria per servizi di assistenza domiciliare</i>	Si	Si	No	Si	No	No

	<b>New Bruns.</b>	<b>Nova Scotia</b>	<b>Prince Ed. Is.</b>	<b>Nfld.</b>	<b>Yukon</b>
Prescrizione	7,34	8,39	7,85	3,50	8,75
Contraccettivi orali	7,34	6,60 per confezione		3,50	
Preparazioni-max (media)	11,01	12,59		9,75	
Rifiuto di prescrizione				6,50	
Servizi cognitivi e interventi specifici					
Servizio su chiamata					
Supplementi dietetici					
Formula capitaria per servizi di assistenza domiciliare	No	Si	No	No	No

#### 4. Osservazioni di sintesi sui Paesi indagati

L'analisi delle tre realtà internazionali (sintetizzate nella tabella n. D) circa i modelli di remunerazione del farmacista, fanno emergere una comune attenzione alla reale attività posta in essere dal farmacista nello svolgimento della sua attività professionale. Pur essendo diversi gli obiettivi prefissati nel riconsiderare i modelli di remunerazione, i contesti indagati tendono ad evidenziare un'evoluzione del ruolo del farmacista nel sistema sanitario e di tutela della salute che è divenuto, nel tempo, attore importante e strategico nelle relazioni tra i diversi sistemi sanitari ed i rispettivi utenti.

La remunerazione del farmacista, qualora rimanga ancorata esclusivamente alla percentuale sul prezzo del farmaco, non pone adeguata evidenza della professionalità oggi richiesta alla figura del farmacista, non incentiva i farmacisti a migliorare la qualità delle proprie prestazioni ed ancora è portatrice di un messaggio errato che vede il farmacista come mero dispensatore di farmaci.

Lo studio della realtà del Regno Unito, del Canada e della Svizzera, si sono rilevati significativi nella comprensione delle motivazioni alla base del nuovo modello di remunerazione, ma sono risultati altresì importanti per ciò che concerne i risultati e gli effetti derivanti dall'applicazione dei diversi modelli.

Il contributo dell'analisi internazionale rimane comunque parziale in quanto i sistemi salute ed i contesti normativi presentano, in ciascun Paese, caratteristiche peculiari proprie che sono andate, in alcuni casi, a potenziare i vantaggi ed, in altri, ad enfatizzare le criticità del modello applicato.

**Tabella n. 1: Analisi comparata dei Paesi indagati**

	<b>Ridurre la spesa farmaceutica pubblica</b>	<b>Aumentare la professionalità</b>	<b>Aumentare la qualità del servizio</b>	<b>Promuovere la salute</b>
<b><i>U.K.</i></b>	v*	v	v	v
<b><i>Svizzera</i></b>	v	v		
<b><i>Canada</i></b>	v*		v	v

## ***SEZIONE II***

### ***L'ANALISI DELLE ATTIVITA' SVOLTE DAI FARMACISTI***

#### **1. Introduzione**

Le caratteristiche professionali del farmacista e le modalità di svolgimento del proprio ruolo in quanto attore che interagisce direttamente con i cittadini, si riflette direttamente sulle tipologie prestazioni da esso e in particolare sulla qualità delle stesse.

Numerosi Paesi quali ad esempio Canada, Regno Unito, Svizzera, Olanda e Belgio hanno individuato la necessità di legare i modelli di remunerazione del farmacista all'insieme delle prestazioni offerte dallo stesso sia per riconoscere ed incentivarne la professionalità sia in ragione di obiettivi di contenimento della spesa sanitaria.

Il modello di remunerazione del farmacista basato sulla percentuale del prezzo del farmaco può comportare la presenza di comportamenti opportunistici, ma ancora più rilevante, non prende in considerazione le numerose attività che il farmacista svolge, o potrebbe svolgere nel ruolo assegnatogli all'interno del SSN, e che vanno ben oltre la mera "vendita" del farmaco.

Secondo tali logiche nella prima parte della relazione sono stati analizzati i diversi modelli presenti a livello internazionale al fine di individuare un modello di remunerazione che fosse espressione dell'insieme delle attività che caratterizzano la professione del farmacista. Tra i diversi modelli, sono stati presi in considerazione quelli più significativi per la realtà italiana, che possano consentire innanzitutto un miglioramento della professionalità del farmacista, oltre che realizzare un contributo al contenimento della spesa sanitaria.

L'individuazione di un modello di remunerazione del farmacista maggiormente legato alla sua professionalizzazione ha portato all'individuazione di un modello basato sulle diverse prestazioni da esso erogate e non solo sulla percentuale del prezzo del farmaco.

In particolare, il modello indagato si fonda sui seguenti elementi:

1. Percentuale sul prezzo del farmaco

2. Servizi di consulenza nella vendita del farmaco (prescritto o di automedicazione) e attività di formazione
3. Servizi di prevenzione
4. Servizi legati alla tecnologia

In considerazione delle variabili che definiscono modelli innovativi di remunerazione del farmacista, basati sulla valutazione delle loro performance, è stata condotta un'indagine volta a formare il quadro della realtà circa:

- La tipologia di servizi erogati dai farmacisti
- Il grado di erogazione
- Le modalità di erogazione

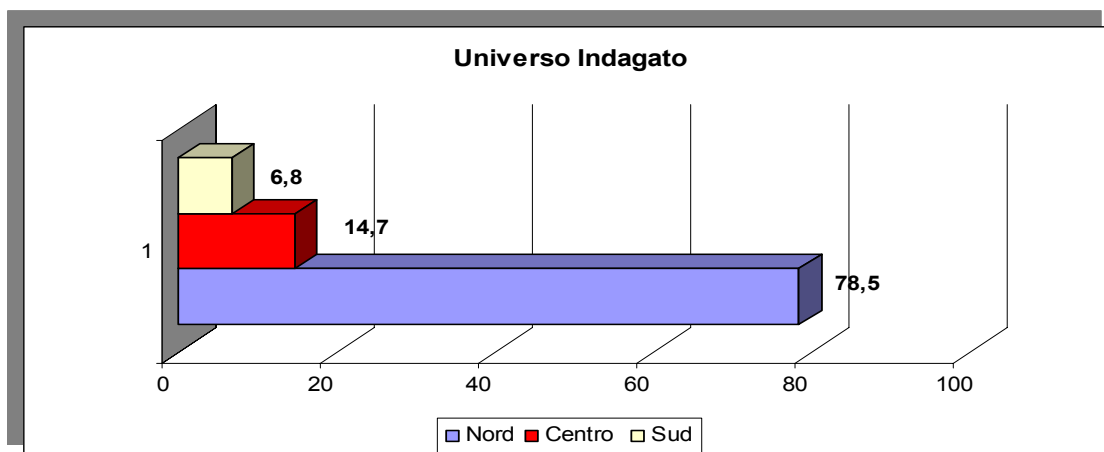
L'indagine consente di valutare l'aderenza dell'attività del farmacista, in Italia, a quelle individuate in altri contesti nazionali. Al riguardo, si ricorda che l'analisi della letteratura ha individuato alcune variabili chiave dell'attività del farmacista sintetizzabili in: a) attività di consulenza, b) attività di supporto alla prescrizione, c) attività inerente la gestione informatizzata dei pazienti/utenti, e d) attività relativa all'erogazione di altri servizi aggiuntivi.

Al fine di comprendere il livello di presenza delle suddette attività e dei servizi erogati, o in fase di programmazione, si è proceduto ad un'analisi dello stato di fatto a livello nazionale attraverso un'indagine che ha visto ad oggetto 387 farmacie pubbliche italiane.

Le farmacie pubbliche indagate sono state selezionate sulla base delle aziende di appartenenza, individuate tra quelle con più di 10 farmacie.

Il campione iniziale vede un'elevata presenza di farmacie del Nord Italia rispetto al Centro e al Sud (figura 1).

**Figura 1 Composizione dell'universo indagato**



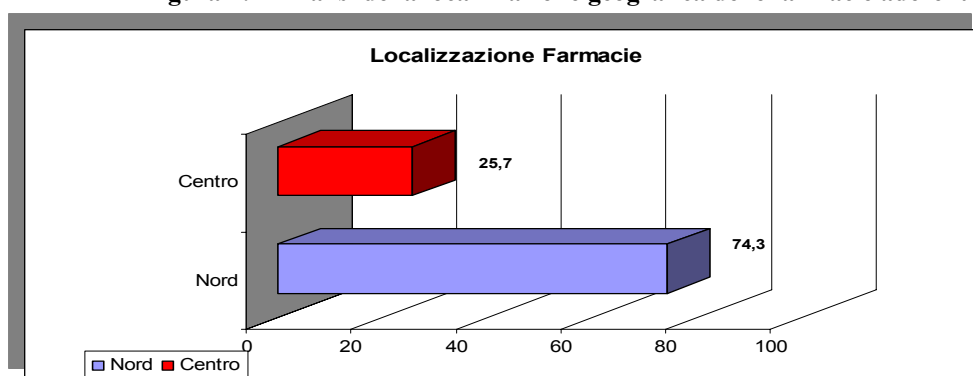
La rilevazione è stata svolta mediante somministrazione di un questionario a risposte prevalentemente chiuse. Il questionario, suddiviso in 4 sezioni, ciascuna inerente le diverse categorie di attività, ha richiesto una valutazione del farmacista sui servizi rientranti su ognuna delle 4 categorie sopra richiamate.

Il tasso di risposta è stato pari al 38,24%

Tra le farmacie che hanno aderito all'indagine prevalgono quelle localizzate al Nord, mentre risultano assenti le farmacie del Sud Italia.

Ciò rispecchia la distribuzione dell'universo iniziale; le farmacie pubbliche sono scarsamente presenti al Sud.

**Figura n. 2 Analisi della localizzazione geografica delle farmacie aderenti**



La distribuzione territoriale delle farmacie che hanno collaborato si concentra prevalentemente nel Nord Italia con un 74,3%, contro il 25,7% del Centro Italia, mentre non sono presenti dati pervenuti dal Sud Italia<sup>22</sup> (Figura 3).

L'analisi delle tipologie di servizi legati alla consulenza erogati dai farmacisti ha evidenziato una presenza pressoché generalizzata tra le farmacie indagate dei servizi stessi o di una loro imminente erogazione. In particolare, tra le diverse tipologie di servizi legati all'attività di consulenza sono stati individuati come principali:

- Il servizio di consulenza sull'utilizzo del farmaco prescritto;
- Il servizio di consulenza sull'acquisto di farmaci per l'automedicazione;
- Il servizio dato dalla possibilità di sostituzione tra farmaci generici;
- Il servizio legato alla proposta di sostituzione tra specialità e farmaci generici meno costosi;
- Il servizio di distribuzione di materiale informativo di supporto alle cure in fase di erogazione di farmaci;
- Il servizio di assistenza telefonica;
- Il servizio di assistenza domiciliare per la consegna dei farmaci;
- Altri servizi aggiuntivi legati allo stato di salute dell'utente;
- L'attività di formazione e aggiornamento in capo ai farmacisti, al fine di rendere più efficace il proprio ruolo.

## **2. L'analisi dei dati: le attività di consulenza**

I dati emersi dall'indagine (figura 3) evidenziano una generale presenza di servizi erogati legati alla consulenza (62,8% il valore minimo riscontrato nel caso della distribuzione di materiale informativo circa le modalità di utilizzo dei farmaci erogati, 89,2% il valore massimo riscontrato nel caso della sostituzione di farmaci generici).

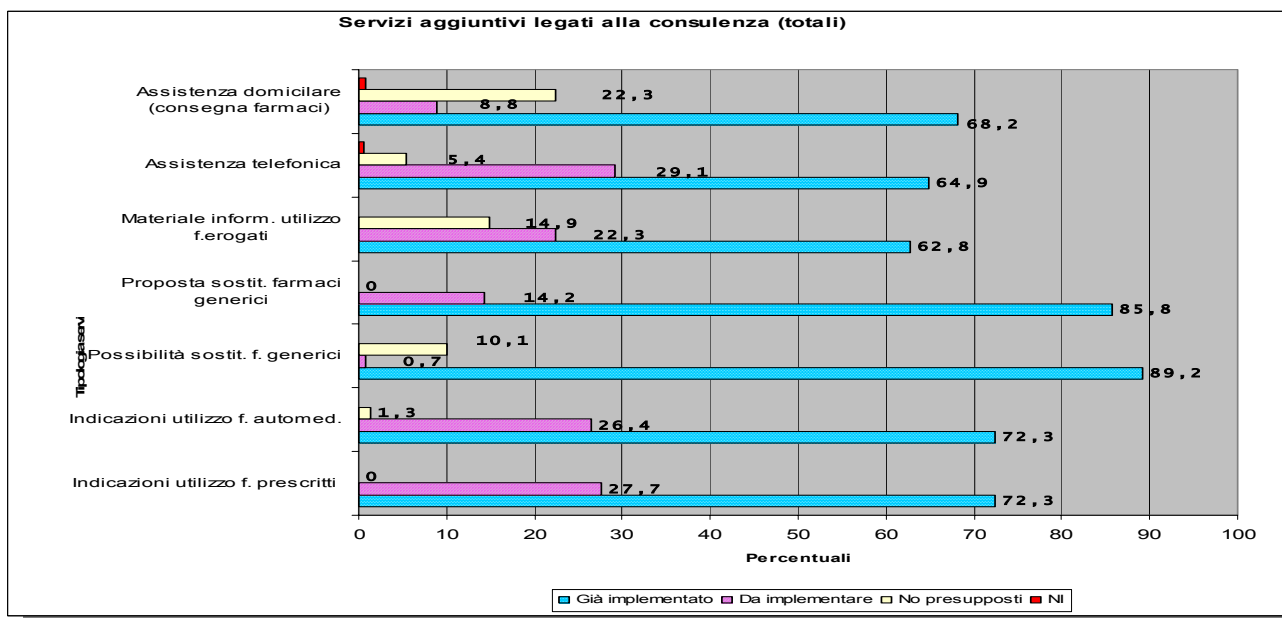
Scarsamente rilevanti le percentuali che evidenziano l'assenza totale di taluni servizi di consulenza. Il grado di rilevanza è generalmente elevato sia per i servizi erogati che per l'utilità assegnata ad una loro introduzione

---

<sup>22</sup> L'individuazione delle Regioni appartenenti al Nord, al Centro ed al Sud Italia segue le indicazioni ISTAT

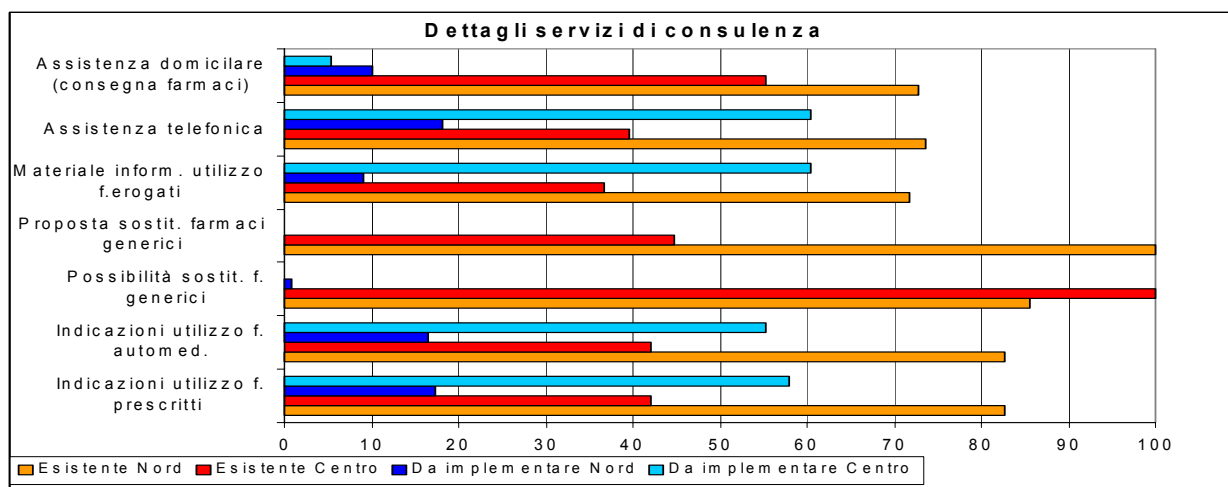
L'analisi, inoltre, evidenzia la presenza di scostamenti tra Nord e Centro  
 L'attività di aggiornamento è concentrata sui corsi di Aggiornamento ECM

**Figura 3 Analisi complessiva dei servizi legati all'attività di consulenza**



Per i servizi legati all'attività di consulenza si è proceduto ad un'analisi di maggior dettaglio, in ragione della localizzazione geografica delle farmacie rispondenti, al fine di verificare l'eventuale esistenza di differenziazioni significative nella distribuzione dei servizi stessi (figura 4).

**Figura 4 Analisi servizi di consulenza per area geografica**

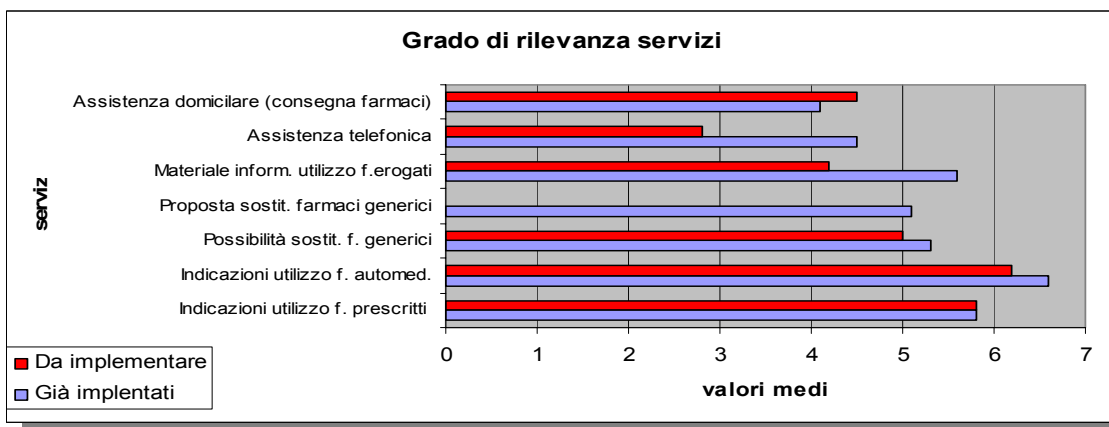




I dati analizzati fanno emergere alcune discrepanze tra il Centro e il Nord Italia per quanto concerne l'attuale erogazione di servizi legati alla consulenza. Il Nord tende ad evidenziare una maggiore presenza di servizi per la consulenza come ad esempio il servizio di distribuzione di materiale informativo presente al Nord per un 71,8% e al Centro per il 36,8%, o ancora il servizio di consulenza telefonica, attivato per il 73,6% delle farmacie del Nord e per il 39,5% delle farmacie del Centro. Tale discrepanza nella percentuali di farmacie che già erogano i servizi al Nord Italia rispetto alle farmacie del Centro può essere in parte assottigliata dall'alta percentuale di farmacie del Centro che, per diversi servizi di consulenza, hanno dichiarato di essere in procinto di attivazione dei medesimi (esempio per quanto concerne la distribuzione di materiale informativo, risulta essere stato individuato come servizio da implementare per il 60,5% delle farmacie del Centro, o il servizio di consulenza telefonica anche questo individuato dal 60,5% delle farmacie come servizio da implementare).

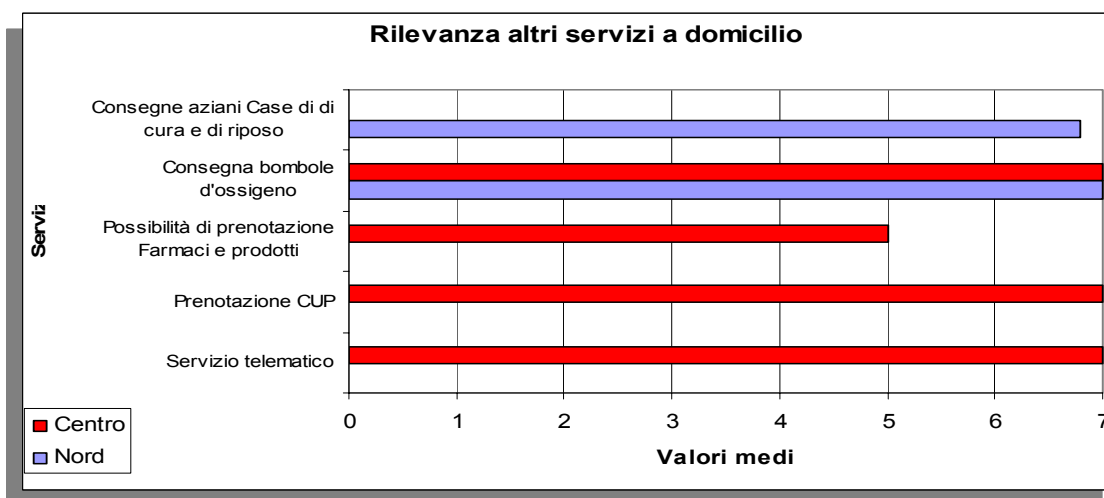
Il grado di rilevanza assegnato, ai diversi servizi di consulenza, dalle farmacie che già erogano il servizio (figura 5 area azzurra), e dalle farmacie che hanno intenzione di introdurre i servizi a breve (figura 5 area rossa), evidenzia valori positivi in quanto i risultati restano, per la maggioranza dei casi, al di sopra del valore medio nell'ambito della scala di valutazione individuata (1-7). Come evidenziato dal grafico riportato nella figura 5 le farmacie che già erogano i servizi hanno evidenziato l'alta rilevanza dell'attività di consulenza assegnando a ciascuna delle categorie dei servizi svolti valori nettamente superiori a 4, così come per le farmacie che al momento non erogano il servizio (ad eccezione dell'assistenza telefonica che fa registrare un grado di rilevanza inferiore a 3). Il dato più significativo è rappresentato, però, dalla rilevanza assegnata dalle farmacie che già erogano il servizio, in quanto, proprio attraverso lo svolgimento di tali attività i farmacisti possono aver avuto consapevolezza dei reali benefici apportati dall'attività di consulenza nei confronti del paziente-utente.

**Figura 5 Analisi del grado di rilevanza assegnato ai servizi di consulenza**



All'interno del questionario è stata data la possibilità al farmacista, attraverso appositi spazi aperti, di indicare ulteriori servizi, dallo stesso individuati come appartenenti ai servizi di consulenza, prestati nello svolgimento della sua attività, e per ciascuno di essi assegnare il rispettivo grado di rilevanza (figura 6). Dall'analisi dei dati, suddivisi per Centro e per Nord Italia, emergono una serie di servizi aggiuntivi, che in parte ritroveremo nei successivi paragrafi, che possono essere principalmente suddivisi nella categoria di "assistenza" domiciliare e di gestione informatizzata. Di sicuro rilievo, anche in ragione della sezione "tecnologia" indagata, è l'alto grado di rilevanza (pari a 7 che nella scala di valori coincide con il valore massimo) assegnato a quei servizi che, per la loro erogazione, necessitano dell'utilizzo di strumenti di Information e Communication Technology (ICT).

**Figura 6 Individuazione di ulteriori servizi di consulenza erogati**

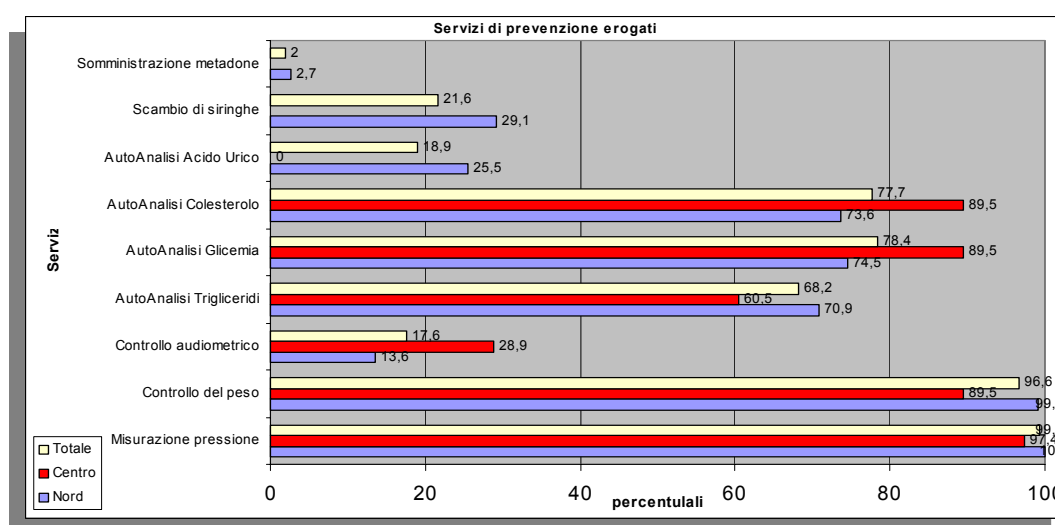


### 3. L'analisi dei dati: le attività di supporto alla prevenzione

Nell'analisi dei servizi legati all'attività di prevenzione, sono stati presi in esame una serie di servizi-attività connessi al monitoraggio dello stato di salute dell'utente-paziente al fine di poter prevenire l'insorgere di varie patologie.

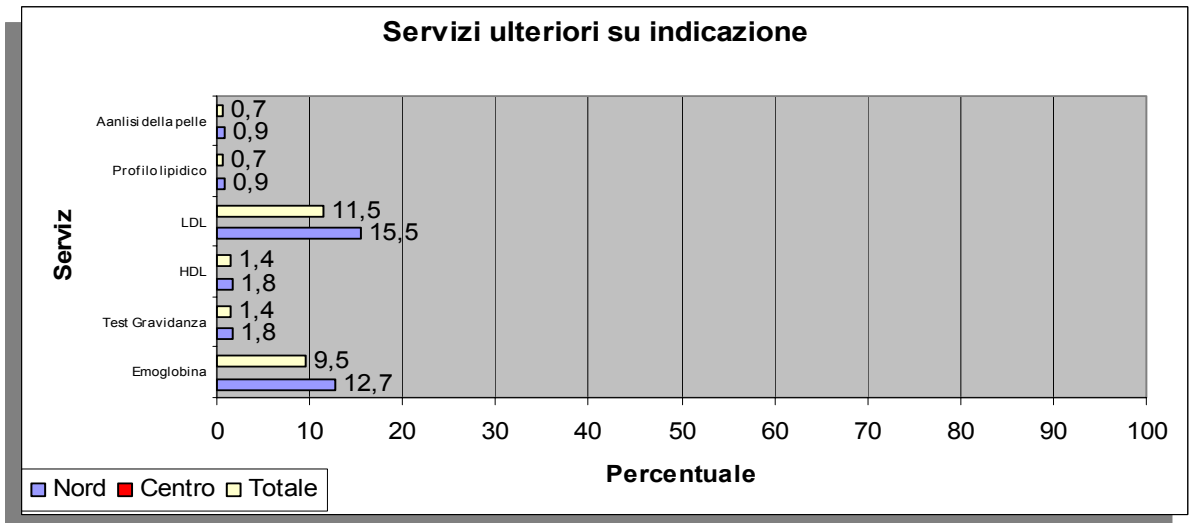
Tra i servizi legati alla prevenzione, i farmacisti hanno evidenziato una maggiore presenza di attività quali la misurazione della pressione, il controllo del peso ed ancora l'Auto Analisi del Colesterolo e della Glicemia (figura 7).

Figura 7 Analisi dei servizi di prevenzione erogati dalle farmacie



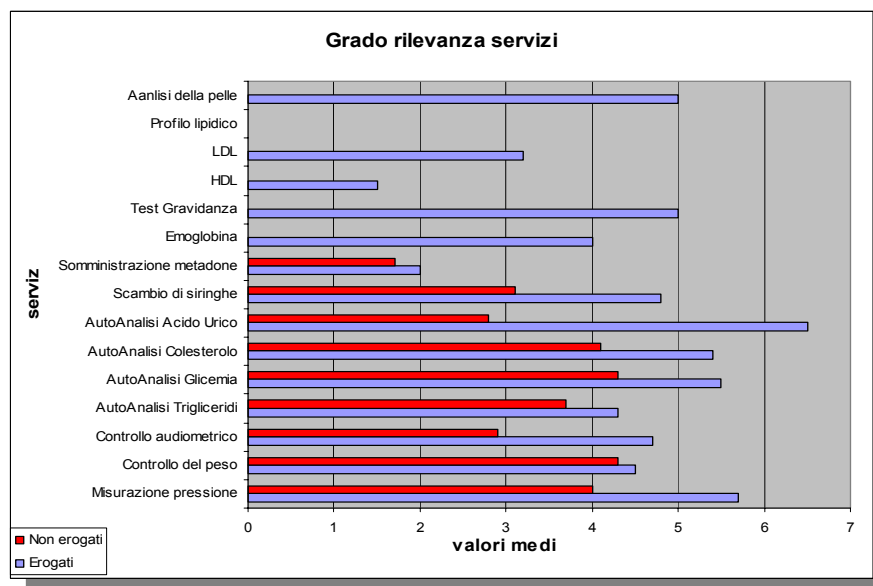
Come avvenuto per i servizi di consulenza, anche per i servizi legati all'attività di prevenzione è stata data ai farmacisti la possibilità di inserire, negli appositi spazi aperti previsti nel questionario, ulteriori servizi attualmente erogati (figura 8). Dall'analisi dei dati inseriti risultano erogati dalle farmacie ulteriori servizi legati alla prevenzione quali analisi LDL (11,5%) e Emoglobina (9,5) senza tuttavia far emergere una presenza significativa degli stessi. La distribuzione dei servizi aggiunti liberamente dalle farmacie è concentrata totalmente nel Centro Italia.

**Figura 8 Individuazione di ulteriori servizi legati alla prevenzione e**



L'analisi del grado di rilevanza assegnato dalle farmacie che erogano i servizi di prevenzione (figura 9 area azzurra) e dalle farmacie che intendono attivare tali servizi (figura 9 area rossa) ha fatto emergere, per chi già eroga i servizi, l'elevato valore che i farmacisti assegnano ad essi (fatta eccezione per HDL e per la somministrazione dimetadone), mentre tali valori tendono a diminuire per i farmacisti che ancora non erogano il servizio.

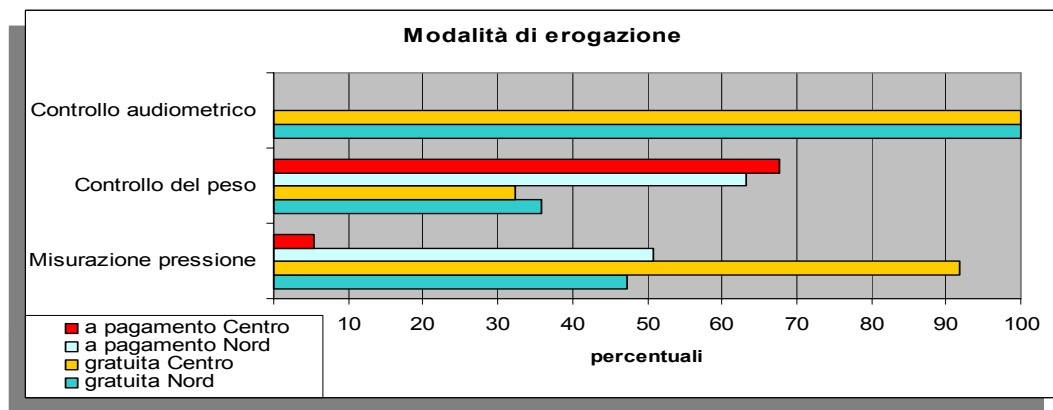
**Figura 9 Analisi del gradi di rilevanza assegnato ai servizi di prevenzione**



Per ciascun servizi è stato altresì richiesto di esplicitare se il servizio fosse erogato dietro corrispettivo o in forma gratuita (figura 10). Fra le risposte pervenute risultano erogati dietro corrispettivo (anche minimo) i servizi di:

- controllo del peso;
- misurazione della pressione .

**Figura 10 Analisi di servizi erogati gratuitamente o dietro corrispettivo**



I prezzi delle prestazioni effettuate sono stati analizzati e rappresentati sinteticamente nelle tabelle 1 per il servizio di misurazione della pressione e nella tabella 2 per i servizi di controllo del peso. Ai fini del progetto di ricerca, ciò risulta di ampio interesse ai fini delle modalità di inserimento dei servizi, risultanti già erogati previo corrispettivo, in un ipotetico modello multidimensionale di remunerazione del farmacista.

**Tabella 11 Prezzi Misurazione Pressione**

Misurazione Pressione Singoli importi in euro

	Nord	Centro	Totale
,77		50,0	1,7
,80		50,0	1,7
1,00	67,9		65,5
1,20	1,8		1,7
1,29	1,8		1,7
1,30	1,8		1,7
1,50	19,6		19,0
1,55	7,1		6,9

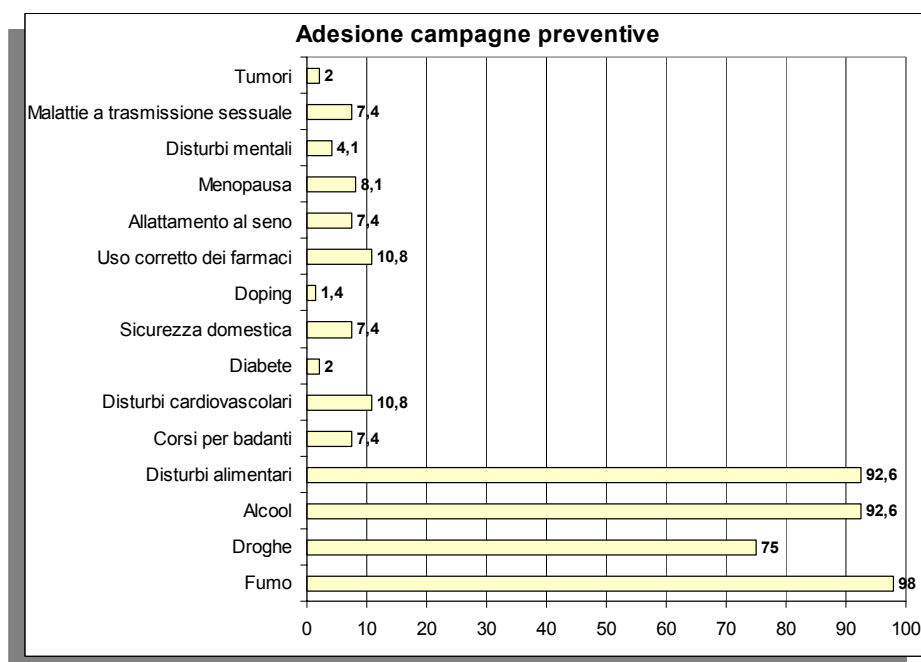
**Tabella 2 Prezzi controllo del peso**

Controllo del peso Singoli importi in euro

	Nord	Centro	Totale
,20	55,1		53,5
,40		100,0	2,8
,50	23,2		22,5
1,00	21,7		21,1

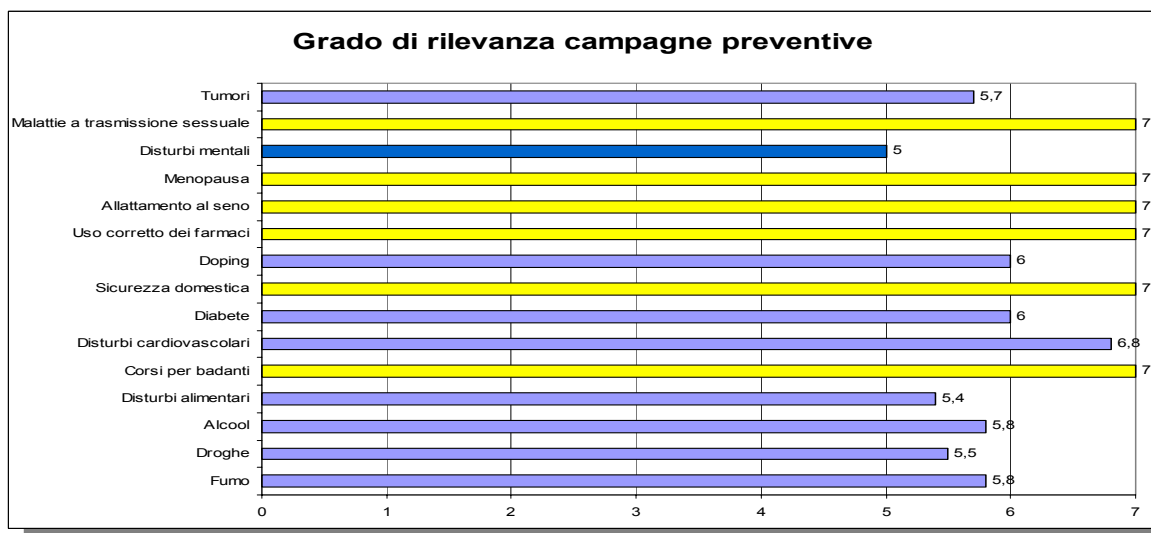
Tra servizi legati alla prevenzione sono stati inseriti anche le attività legate all'adesione, da parte del farmacista, a campagne informative orientate alla prevenzione (figura 11). L'adesione a campagne di prevenzione sembra essere presente in quasi tutte le farmacie indagate per quanto concerne temi quali la prevenzione alimentare (92,6%), alcool (92,6%), droghe (75%) e fumo (98%), mentre le altre tematiche inserite risultano scarsamente presenti.

**Figura 11 Adesione dei farmacisti a campagne informative preventive**



Risulta, invece, ampio il grado di rilevanza che i farmacisti hanno assegnato alla partecipazione a tutte le tipologie di campagne preventive inserite (figura 12). Il valore minimo raccolto si posiziona al punto 5 nella scala utilizzata (1-7) (Linea Blue), mentre ben 6 delle tematiche inserite hanno fatto registrare il valore massimo (Linee gialle). La scarsa presenza di attività di prevenzione in certe tematiche, affiancata all'elevato grado di rilevanza assegnato alle stesse fa emergere la consapevolezza, da parte del farmacista, circa la necessità di aumentare tale settore.

**Figura 12** Grado di rilevanza assegnato dai farmacisti alle campagne preventive



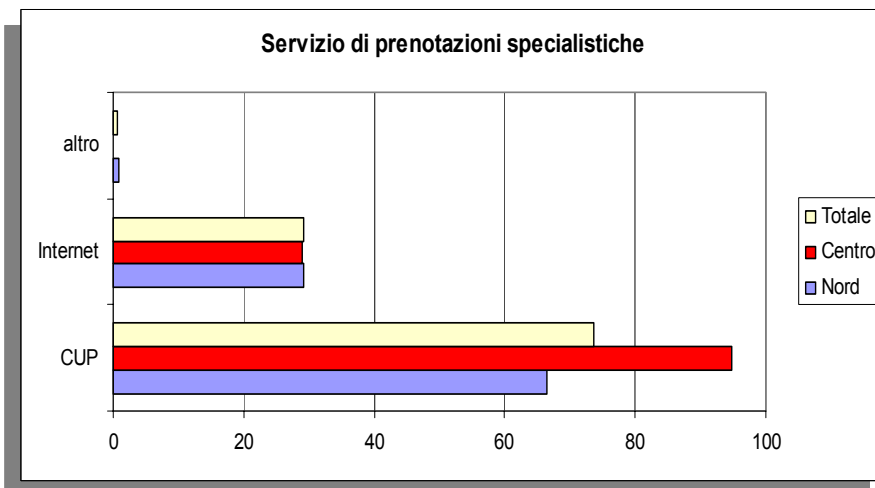
#### **4. Analisi dei dati: gestione tecnologica del paziente-utente**

Analizzare il livello tecnologico presente, oggi, nelle farmacie indagate rappresenta, ai fini del progetto, un aspetto di elevata criticità per due principali ragioni. La prima è ancorata al forte balzo in avanti che ha fatto l'utilizzo della tecnologia, entrata ormai a far parte della vita quotidiana. Un basso livello di informatizzazione all'interno delle farmacie potrebbe essere un segnale di una scarsa propensione dei farmacisti agli investimenti o ad adeguarsi all'evoluzione esterna. La seconda ragione risiede nel fatto che il ruolo del farmacista, sempre più vicino al paziente, di supporto all'erogazione di servizi sanitari territoriali o ancora di canale con un'alta potenzialità informativa per il SSN, fa sì che lo stesso ruolo possa trovare una sua reale dimensione solo se supportato da un adeguato livello di informatizzazione.

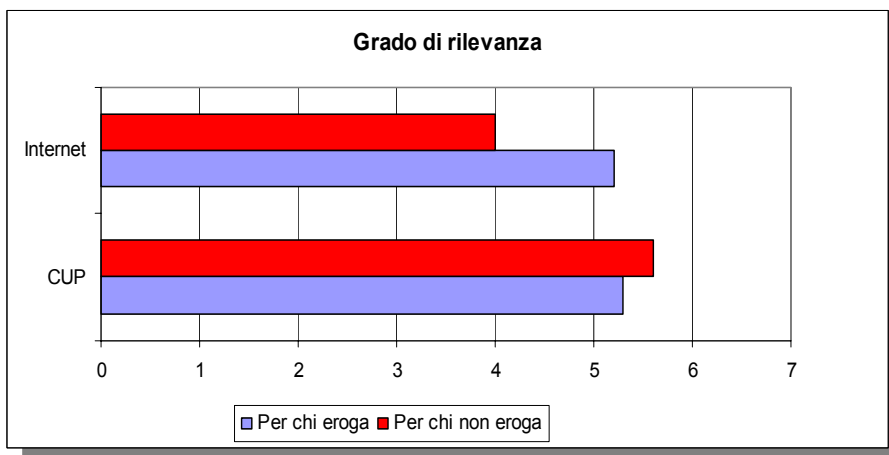
Tra le diverse attività di prenotazioni delle prestazioni sanitarie attraverso l'impiego di tecnologia (figura 13) i servizi di prenotazione CUP registrano la percentuale più elevata (73,6%) ciò a dimostrazione che il ruolo del farmacista è sempre più integrato al sistema sanitario territoriale anche grazie all'ausilio di strumentazioni tecnologiche. L'utilizzo di Internet non sembra ancora molto presente, soprattutto in ragione della sua

vasta diffusione, ma il grado di rilevanza assegnato è simile a quello riscontrato per i per le prenotazioni CUP (figura 14).

**Figura 13 Analisi delle tipologie di servizi informatizzati**



**Figura 14 Analisi della rilevanza assegnata ai servizi informatizzati**

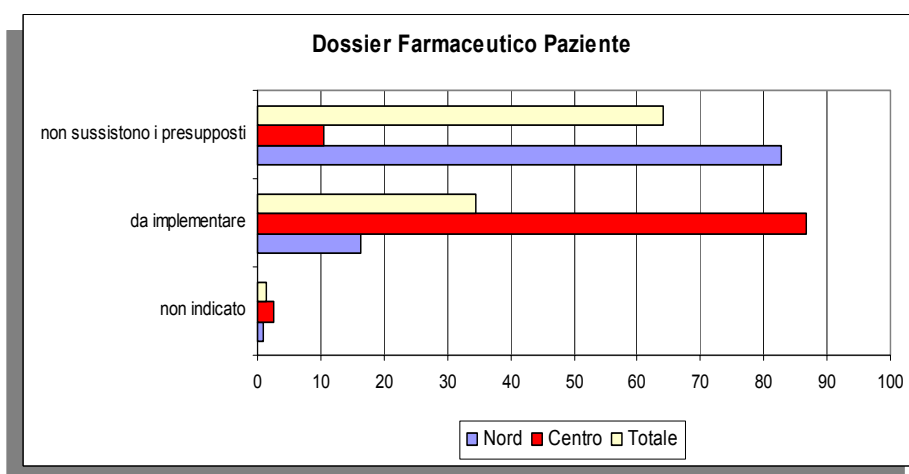


A seguito dell'indagine circa lo stato dei servizi offerti legati all'utilizzo di strumenti di ICT si è proceduto ad analizzare anche la presenza e la rilevanza assegnata a strumenti di ICT volti alla gestione delle informazioni e mezzo di comunicazione tra pazienti/utenti e farmacista (dossier farmaceutico del paziente), MMG, tra le stesse farmacie pubbliche, o tra le farmacie e le aziende sanitarie territoriali.

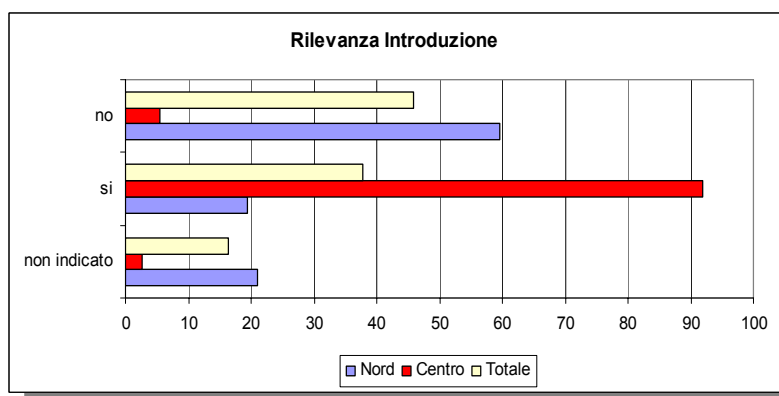


Il dossier farmaceutico paziente (Figura 15) registra una bassa percentuale di attuazione, al sud è più elevata la percentuale di farmacie che hanno dichiarato di essere in procinto di introdurre il servizio, mentre per le farmacie del Nord il servizio non sembra registrare un particolare rilievo (Figura 16). I dati pervenuti risultano, da alcune affermazioni inserite nei questionari, in parte legate all'attuale difficoltà nel trattamento dei dati sensibili derivanti dalla normativa in vigore che fa sì che per i farmacisti stessi non sussistano oggi i presupposti per la sua introduzione.

**Figura 15 Utilizzo del dossier farmaceutico**



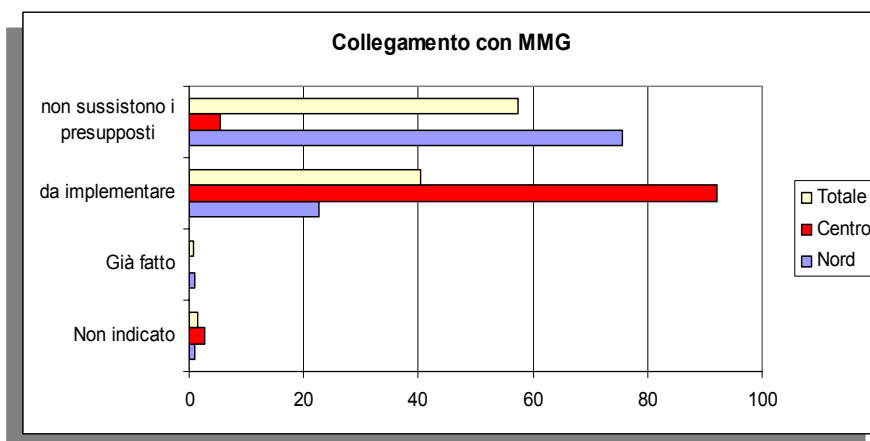
**Figura 16 Analisi della rilevanza assegnata dai farmacisti al dossier farmaceutico**



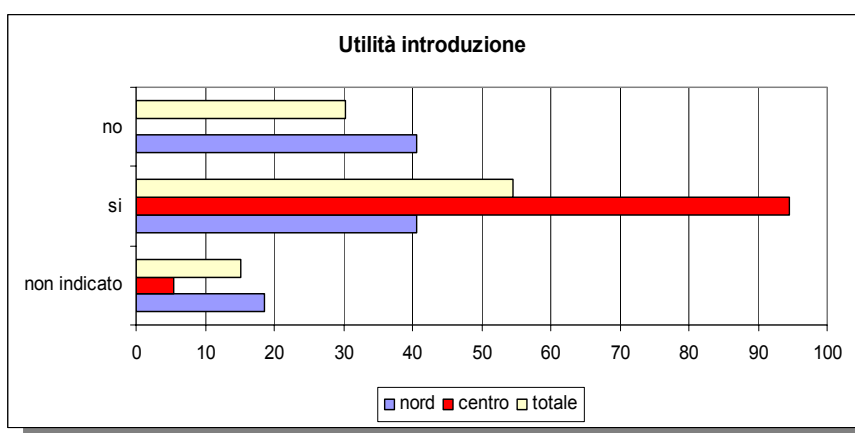
Lo stesso può dirsi circa lo stato di fatto sui collegamenti in rete tra farmacisti e MMG (figura 17) e il collegamento tra aziende farmaceutiche (figura 21).

Per quanto concerne i collegamenti con tra farmacie e MMG la figura 17 evidenzia una scarsa presenza, se non quasi inesistente, dello strumento informativo (attuato solo dallo 0,9% delle farmacie del Nord). Positivi sono, invece, i dati che emergono circa l'implementazione futura del servizi/strumento che vede interessate il 40,5% delle farmacie (22,7% delle farmacie del Nord e il 92,1% delle farmacie del Centro). Il 54,5% delle farmacie indagate ha, però, individuato rilevante l'implementazione del servizio, facendo emergere una consapevolezza della necessità a rafforzare i canali informativi tra i diversi attori del sistema sanitario territoriale (figura 18).

**Figura 17 Analisi sulla presenza di collegamenti informatizzati tra farmacisti e MMG**

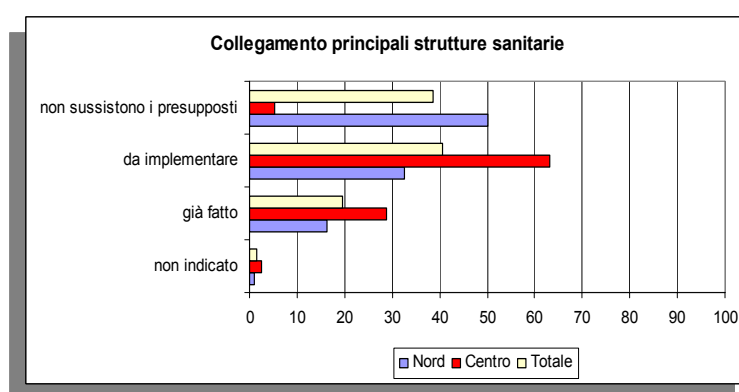


**Figura 18 Analisi della rilevanza assegnata dal farmacista al collegamento informatizzato con MMG**



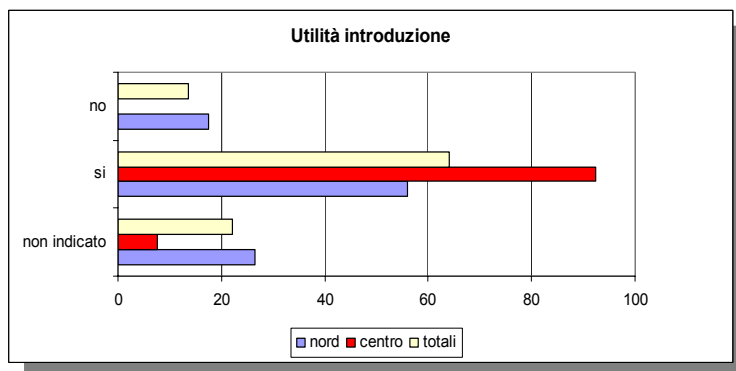
Una leggera inversione di tendenza è riscontrabile per quanto concerne il collegamento tra le farmacie pubbliche e le principali strutture sanitarie (figura 19). Il servizio fa, infatti, registrare una percentuale più elevata (19,6%), rispetto a quanto sopra analizzato, circa l'attuale utilizzo dello strumento informativo, ma ancora molto elevata rimane la percentuale delle farmacie che affermano un'assenza dei presupposti alla sua introduzione.

**Figura 19 Analisi sulla presenza di collegamenti informatizzati tra farmacie e strutture sanitarie territoriali**



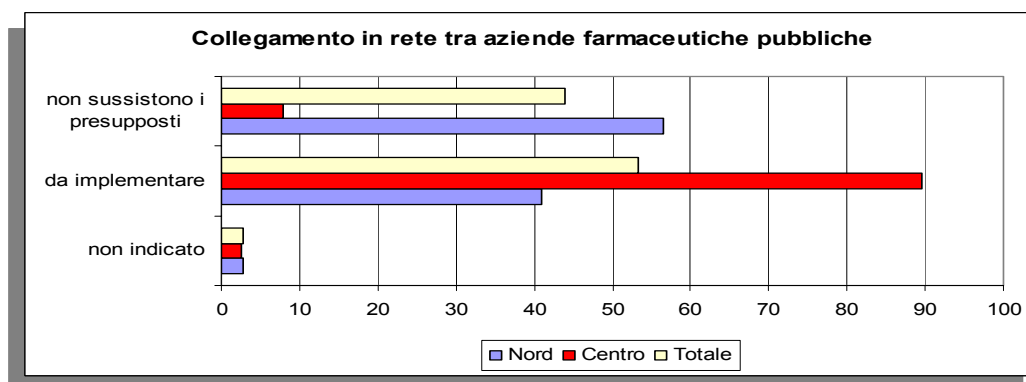
Nonostante non siano numerose le farmacie che ad oggi presentano collegamenti informatizzati con le strutture sanitarie territoriali, il 64,1% delle farmacie ha dichiarato di ritenere rilevante una sua introduzione (figura 20).

**Figura 20 Analisi della rilevanza assegnata dal farmacista al collegamento informatizzato con le strutture sanitarie territoriali**



Ad oggi non sono pervenuti dati che facciano presupporre l'esistenza di sistemi informativi integrati tra le farmacie pubbliche (figura 21), ma oltre il 53% delle farmacie indagate hanno dichiarato di essere in procinto di attuare un sistema informativo integrato. Ciò fa presupporre una futura crescita dell'utilizzo di tale canale di comunicazione e informazione.

**Figura 21 Analisi sulla presenza di collegamenti informatizzati tra farmacie pubbliche**

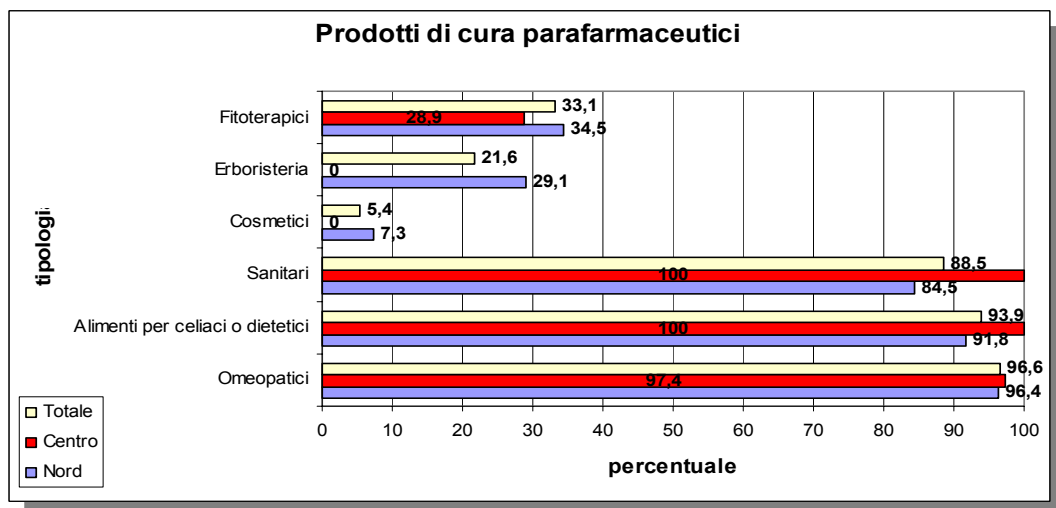


## 5. Analisi dei dati: Servizi aggiuntivi

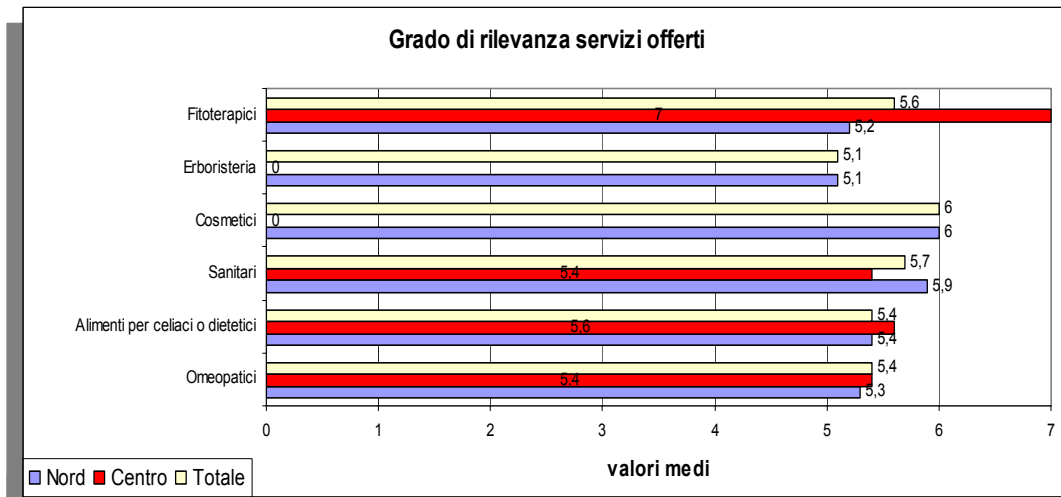
Al fine di comprendere la reale complessità dell'attività del farmacista si è proceduto ad indagare anche su quei servizi, definiti aggiuntivi, che pur non essendo direttamente legati al SSN risultano essere, comunque, servizi ulteriori erogati al paziente-utente.

Oltre alla vendita di farmaci su prescrizione o per automedicazione, infatti, i farmacisti provvedono a fornire all'utente una serie di prodotti e servizi tra loro assai diversificati: la vendita di prodotti omeopatici, alimentari per celiaci, e sanitari hanno registrato la percentuale maggiore (figura 22), seppur evidenzino un grado di rilevanza inferiore rispetto alla vendita degli altri prodotti (Fitoterapici)(figura 23).

**Figura 22 Tipologie di prodotti parafarmaceutici principalmente distribuiti nelle farmacie**

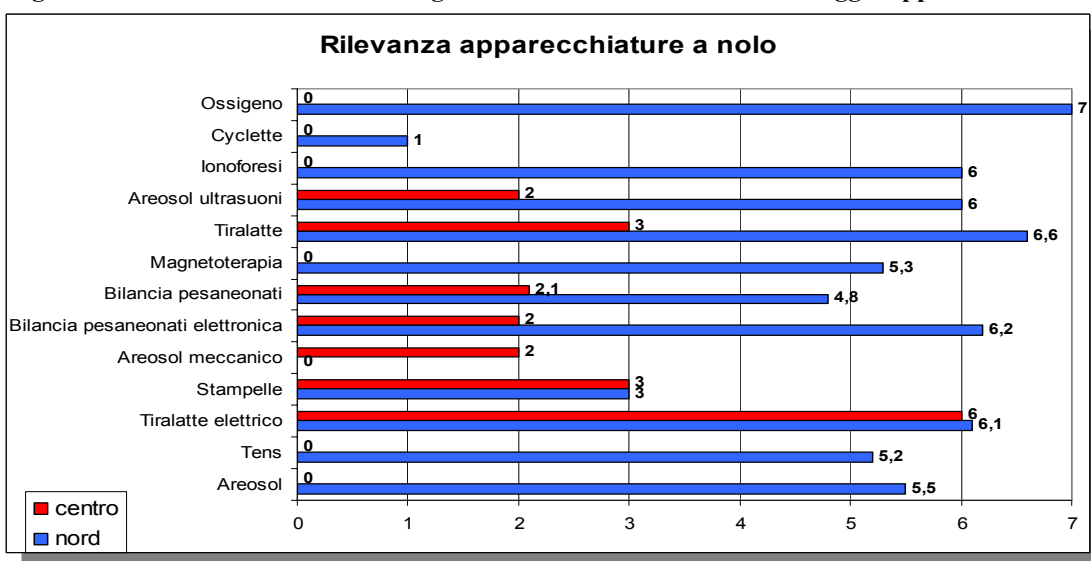


**Figura 23 Analisi della rilevanza assegnata dai farmacisti ai prodotti parafarmaceutici**



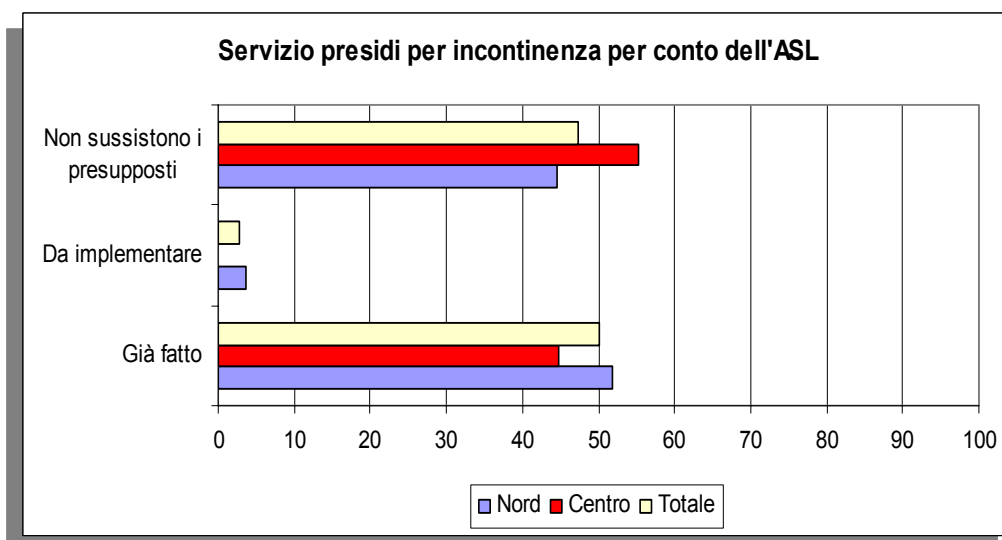
L'attività di noleggio di strumenti e apparecchiature volte a migliorare le condizioni di salute dei pazienti/utenti, risulta altamente differenziata dalla provenienza geografica delle farmacie rispondenti (figura 24). Le farmacie del Nord, infatti, sembrano assegnare al servizio di noleggio un'elevata rilevanza (7 per l'ossigeno, 6 per la ionoforesi e aerosol a ultrasuoni, 6,6 per il tiralatte), mentre le farmacie del Centro assegnano al servizio una minore rilevanza (il valore maggiore riscontrato è pari a 6 per il tiralatte elettrico).

**Figura 24 Analisi della rilevanza assegnata dai farmacisti al servizio noleggio apparecchiature**



Risulta invece più omogenea l'erogazione di servizi legati ai problemi di incontinenza svolti in collaborazione con le ASL (figura 25). Il 50% delle farmacie indagate, infatti, dichiara di erogare già il servizio. Il dato evidenzia ulteriormente il ruolo di intermediario, del farmacista, tra il paziente-utente e il servizio sanitario territoriale.

**Figura 25 Analisi sull'erogazione di servizi in collaborazione con le ASL**



## **6. Considerazioni conclusive**

L'indagine svolta, i cui dati sono stati appena analizzati, consente di rilevare come le attività svolte dal Farmacista siano molto eterogenee.

Nella numerosità delle attività svolte, è tuttavia possibile ricondurre le attività peculiari della professionalità del farmacista a: consulenza, prevenzione ed assistenza, altri servizi basati sulla tecnologia.

Tali categorie di servizi risultano rilevanti nel qualificare il rapporto tra Farmacista e cittadini/utenti, nonché tra Farmacisti e SSN.

Ai fini del presente studio, quindi, le categorie di servizi/attività sopra richiamate possono essere inserite nel modello multidimensionale di remunerazione del farmacista.

Ciò che evidenzia maggiori criticità è l'area dei servizi legati all'utilizzo delle tecnologie.

## ***IL MODELLO MULTIDIMENSIONALE DI REMUNERAZIONE DEL FARMACISTA***

### **1. Le determinanti del modello multidimensionale**

Il modello vigente di remunerazione del farmacista, basato sulla percentuale sul prezzo del farmaco, si caratterizza per la scarsa capacità di rappresentare ed evidenziare le reali attività oggi poste in essere da farmacista, così come emerse dall'indagine. In particolare, il farmacista, si caratterizza:

- ◇ quale professionista al centro del sistema salute e depositario del rapporto con il cittadino/paziente/utente;
- ◇ per la collaborazione con altre strutture del SSN per il miglioramento dell'efficacia e della qualità delle azioni;
- ◇ per la sua partecipazione ai programmi di prevenzione e di diffusione della cultura della salute;
- ◇ quale punto di convergenza e di gestione di molti dati sull'utente, la creazione di data-base e la gestione informatizzata consentirebbero di migliorare l'efficacia dell'attività del farmacista e del sistema salute.

I servizi di consulenza, di prevenzione e assistenza, piuttosto che la propensione all'utilizzo di tecnologie per il miglioramento delle relazioni tra utenti-pazienti e sistema salute non risultano essere presi in esame ed in alcun modo incentivati dall'attuale sistema di remunerazione che vede enfatizzata il mero aspetto *commerciale* dell'attività del farmacista.

Il "modello" di remunerazione multidimensionale prevede, al contrario, di porre piena enfasi alle attività svolte all'interno del farmacia con il preciso scopo di valorizzare una professionalità, quale quella del farmacista. Quest'ultima, infatti, viene a definirsi tale proprio in ragione della preparazione e delle competenze espresse dal farmacista



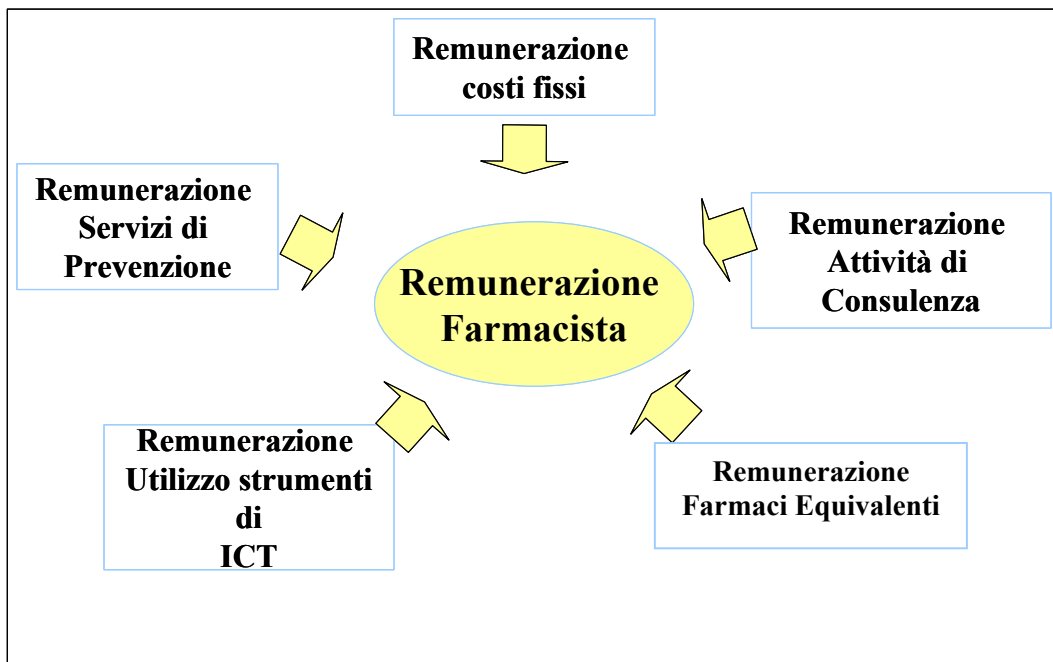
medesimo attraverso una serie di servizi aggiuntivi e che trovano nella vendita del farmaco solo il momento finale di una serie di prestazioni erogate.

Il modello di remunerazione indagato vede al suo interno la presenza e la partecipazione alla remunerazione finale di diverse determinanti che hanno trovato piena adesione nell'analisi empirica condotta sul campione di farmacie pubbliche.

Il modello così individuato si compone di cinque principali determinanti (si veda figura n. 1):

1. Remunerazione a copertura delle spese di struttura: tra le quali rientrano i costi di stoccaggio, costi per il mantenimento della struttura, costi per il personale, l'ammortamento ecc.;
2. Remunerazione per attività di consulenza: a formare l'attività di consulenza rientrano le attività volte a fornire informazioni sulla tipologia del farmaco venduto, sugli effetti, sulla corretta somministrazione di farmaci da banco o di farmaci prescritti, ecc.;
3. Remunerazione per la prestazione di servizi di prevenzione e assistenza: in questa determinante possono rientrare servizi quali la misurazione della pressione, l'attività di autoanalisi, campagne preventive e/o di informazione, sconti o servizi gratuiti attuati in collaborazione con le Aziende Sanitarie Locali, ecc.;
4. Remunerazione per la gestione informatizzata: in questo caso possono essere ricomprese l'attività di prenotazione CUP informatizzata, la possibilità di ordinare farmaci on-line, la gestione informatizzata del paziente e della sua storia farmacologia (dossier paziente o dossier farmaceutico) ed altre attività che richiedano un investimenti in termini di tecnologia e di apprendimento.
5. Remunerazione per farmaci equivalenti: la remunerazione in questo caso è legata alla sostituzione di farmaci di marca (brand) con farmaci aventi il medesimo principio attivo, ma con un prezzo inferiore.

**Figura 1 Determinanti del Modello Multidimensionale di remunerazione del farmacista**

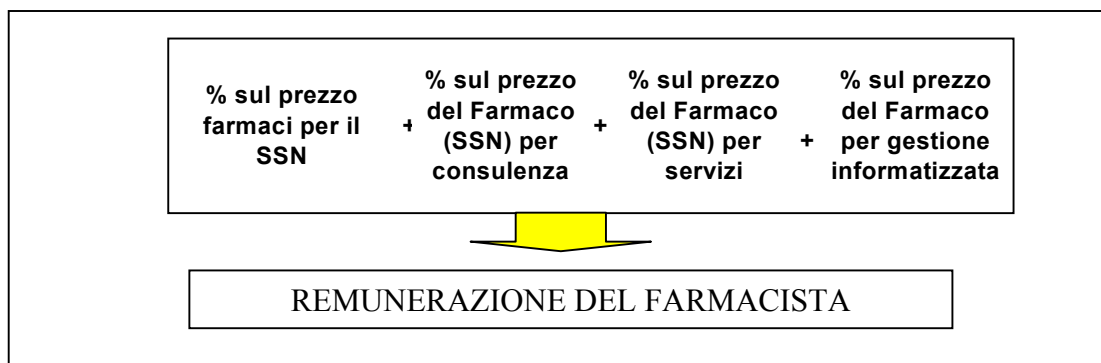


## **2. Il modello multidimensionale di remunerazione del farmacista**

Le determinanti possono concorrere a formare il reddito del farmacista in misura diversa e con modalità diverse a seconda dell'input che si intende dare in termini di incentivazione. In particolare, lo studio ha portato ad evidenziare due differenti modelli multidimensionali, un modello che pur considerando differenti elementi al suo interno rimane ancorato al preesistente concetto di remunerazione basata sulla percentuale del prezzo del farmaco, ed un secondo modello che si discosta quasi completamente dal modello oggi presente e lega la remunerazione del farmacista all'erogazione di servizi, diversi dalla mera dispensazione del farmaco.

La prima ipotesi di modello multidimensionale di remunerazione del farmacista si fonda sul principio attuale della remunerazione a percentuale sul farmaco, ma va a modificare i criteri e le logiche di assegnazione di tale percentuale in ragione dell'erogazione o meno di servizi. In particolare, nella figura n. 2, si evince come pur rimanendo ancorati alla remunerazione del 31% sul prezzo del farmaco (valore stimato in considerazione della percentuale stabilita per legge e degli sconti solitamente praticati dal canale distributivo) tale percentuale viene scomposta ed assegnata in ragione dell'erogazione di servizi appartenenti ad una data determinante.

**Figura 2 Modello di remunerazione a percentuale**



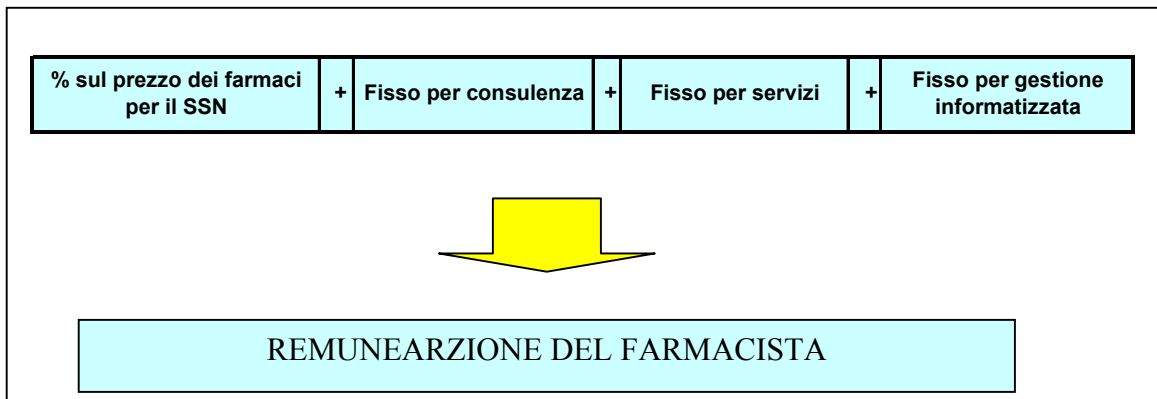
Il secondo modello ipotizzato, definito modello misto, pone più l'enfasi sull'erogazione o meno delle categorie di servizi, ma altresì sull'erogazione di singoli servizi predeterminati remunerando questi secondo una misura fissa per servizio. Tale modello realizza una elevata innovazione rispetto alla remunerazione a percentuale che rimane presente solo trovando giustificazione nella copertura dei costi di gestione (costi di stoccaggio, di struttura, gli ammortamenti, i costi del personale ecc.) a carico della farmacia e del farmacista. La parte restante della remunerazione del farmacista, come si evince dalla figura n. 3, è legata ad un importo fisso per ciascuna delle diverse categorie.

Nell'ipotesi di applicazione del modello misto i fissi possono essere legati alle macro-categorie generali, quindi senza scendere nel dettaglio di quali servizi sono effettivamente erogati ed in quale numero, oppure possono essere correlati a predefinite tipologie di servizi previsti all'interno delle macro-categorie ed al loro numero. Seguendo questa seconda ipotesi, il modello misto può essere esplicitato in due differenti modelli:

1. il modello di remunerazione misto a percentuale, fisso per ricetta, fisso per servizi e fisso per tecnologia;

il modello di remunerazione misto a percentuale, fisso per tipologia di farmaco, fisso per servizi e fisso per tecnologia

Figura 3: Modello multidimensionale a percentuale, fisso su consulenza e servizi



I due modelli misti, così come rappresentati dalle figure n. 4 per il primo e n. 5 per il secondo, hanno entrambi determinata le attività alle quali legare il fisso per consulenza (al numero di ricette piuttosto che al numero e tipologia di farmaci venduti in ricetta)

Figura 4 Modello misto a percentuale, fisso per ricetta, fisso per servizi e fisso per tecnologia

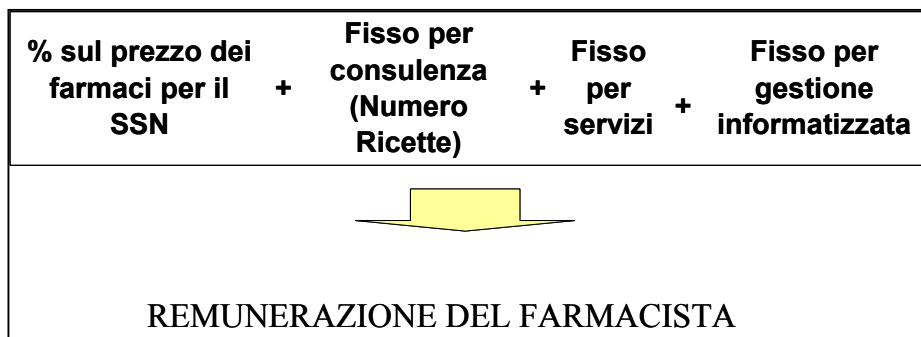
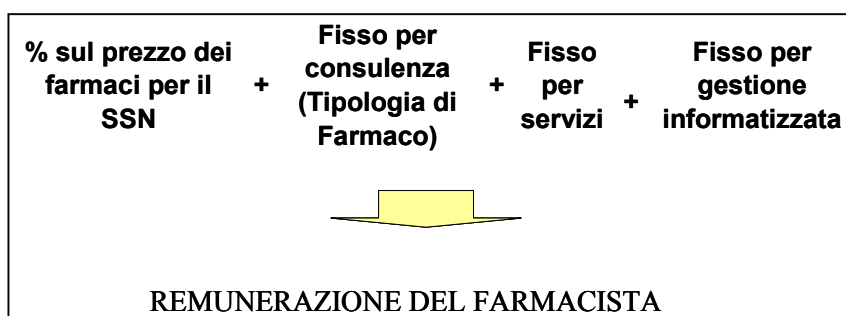


Figura 5 Modello misto a percentuale, fisso per tipologia farmaco, fisso per servizi e fisso per tecnologia.



### **3. Modelli e Simulazioni**

A seguito dell'introduzione dei modelli di remunerazione descritti nel paragrafo precedente, e sintetizzati nelle figure 3, 4 e 5, si procede ad un'ulteriore specificazione delle caratteristiche degli stessi. In particolare saranno assegnati dei pesi alle diverse macro-determinanti il modello multidimensionale di remunerazione attraverso due principali modalità:

1. Assegnare i pesi direttamente alle macro-categorie senza scendere nel dettaglio dei servizi;
2. Assegnare i pesi direttamente ai singoli servizi in ragione della loro appartenenza alle macro-categorie

I pesi, individuati secondo quanto emerso dall'analisi empirica sui servizi erogati oggi dalle farmacie, sono stati assegnati in relazione all'attuale presenza e rilevanza assegnata, dai farmacisti indagati, ai singoli servizi.

#### **3.1 Simulazioni con l'assegnazioni di pesi alle diverse determinanti e ai servizi**

Dall'indagine fino ad ora condotta sono emersi alcuni rilevanti fattori:

1. l'attività del farmacista assume importanza strategica all'interno del SSN;
2. i servizi offerti dal farmacista svolgono un ruolo cruciale di sostegno e informazione verso il cittadino;
3. il sistema di remunerazione così come concepito non considera l'attività del farmacista nella sua complessità, remunerandolo solo in relazione al servizio di dispensazione di farmaci;
4. i servizi inseriti nell'analisi empirica, a parte poche eccezioni, si sono rivelati pienamente in linea con quanto i farmacisti già offrono o con quanto ritengono sarebbe utile implementare tra i servizi farmaceutici;
5. l'individuazione di un sistema di remunerazione orientato alla professionalizzazione del farmacista potrebbe essere una delle risposte.

In ragione dell'obiettivo dello studio centrato principalmente sulla ricerca di un modello

che incentivi la professione del farmacista e consenta di contenere la spesa farmaceutica si è proceduto cercando di assegnare pari priorità ai due obiettivi mantenendo sempre una parte della remunerazione legata al modello a percentuale sul farmaco, ma di misura inferiore rispetto al modello attualmente in vigore. Si è, inoltre, provveduto ad imputare pesi alle diverse macro-determinanti facendo riferimento all'attuale remunerazione.

Il riferimento all'attuale livello di remunerazione è, ad oggi, l'unico parametro che ci permetta di verificare l'impatto delle nostre simulazioni sulle diverse tipologie di farmacie (siano esse localizzate in aree rurali, in aree metropolitane, ecc.).

Ciò che ha portato ad individuare diverse possibilità di calcolo della remunerazione sono state le diverse premesse e le diverse finalità e modalità con cui si intende perseguirle.

Si potrebbe voler considerare le categorie di servizi semplicemente come la somma dei singoli servizi erogati, e dare ad ogni servizio identica rilevanza, quindi peso uguale tra loro, oppure individuare dei pesi specifici da assegnare ad ogni singolo servizio secondo dei criteri "guida" prestabiliti.

Oppure, si posso individuare dei pesi da assegnare alle categorie di servizi, che in tal modo salgono di rilevanza rispetto ai singoli servizi che li compongono, e che successivamente vengano ripartiti tra i servizi stessi.

Il fine primo potrebbe essere quello di premiare chi già sta erogando i servizi aggiuntivi individuati tramite l'erogazione del questionario dando un peso maggiore a quei servizi che risultano a più diffusione. Oppure, si potrebbe seguire la logica inversa, cioè incentivare l'erogazione di quei servizi che l'indagine ha rilevato come i meno diffusi, assegnando agli stessi un peso maggiore rispetto a quelli di larga diffusione.

Di seguito è possibile analizzare alcune simulazioni elaborate sulla linea di quanto esposto in precedenza.

Nella tabella 1a) è stata condotta una simulazione seconda la quale i diversi servizi prestati hanno tutti ugual valore e, conseguentemente, tutti hanno il medesimo peso nel partecipare all'ottenimento della remunerazione finale. Quindi l'ammontare della remunerazione finale è direttamente influenzato dall'erogazione o meno dei servizi e non dalle categorie di appartenenza degli stessi.

Queste ultime sono state mantenute solamente al fine di facilitarne la lettura e per

riuscire ad avere un parametro di riferimento immediato dei dati a consuntivo.

**Tabella n. 1a Remunerazione per servizi a parità di peso**

% su vendita farmaci	Fisso per consulenza a prestazione			Fisso per prevenzione			Fisso per gestione informatizzata			
	servizio	peso	coef.	servizio	peso	coef.	servizio	peso	coef.	
<b>15</b>	ricetta	<b>1,0</b>	0,59	misurazione pressione	<b>1,0</b>	0,59	dossier pazienti	<b>1,0</b>	0,59	
	formazione ECM	<b>1,0</b>	0,59	controllo del peso	<b>1,0</b>	0,59	prenotazione visite CUP	<b>1,0</b>	0,59	
	incentivazione generici	<b>1,0</b>	0,59	autoanalisi sangue	<b>1,0</b>	0,59	prenotazione visite via Internet	<b>1,0</b>	0,59	
	schede informative	<b>1,0</b>	0,59	defibrillatori	<b>1,0</b>	0,59	collegamento con medico	<b>1,0</b>	0,59	
				controllo audiometrico	<b>1,0</b>	0,59				
				campagne prev. fumo	<b>1,0</b>	0,59				
				campagne prev. droga	<b>1,0</b>	0,59				
				campagne prev. alcool	<b>1,0</b>	0,59				
				scambio siringhe	<b>1,0</b>	0,59				
				presidi per incontinenza	<b>1,0</b>	0,59				
				assistenza sociale	<b>1,0</b>	0,59				
				sconti famiglie-bambini	<b>1,0</b>	0,59				
	<b>Totale</b>		<b>4</b>	<b>2,34</b>		<b>12</b>	<b>7,02</b>		<b>4</b>	<b>2,34</b>

In questo caso si vede come, fermo restando un 15%, che potrei abbassare o aumentare in relazione a quanto si intende discostarsi dal precedente modello di remunerazione (come emerge nelle tabelle successive nelle quali la percentuale sul prezzo del farmaco è stata fissata a pari al 20%), ogni categoria non è altro che la somma dei pesi e dei coefficienti dei servizi in esso contenuti. Il farmacista avrà una remunerazione più o meno elevata a seconda delle tipologie di prestazioni erogate.

Fare attenzione a quali servizi inserire nelle macro-categorie diventa, quindi, l'aspetto più rilevante in ragione del fatto che la remunerazione è direttamente collegata ad essi.

Nel modello presentato nella Tabella 1b) l'obiettivo risiede nel voler premiare i farmacisti che stanno già erogando i servizi o, comunque, nel voler ribadire la rilevanza dei servizi già erogati nella maggioranza delle farmacie intervistate, assegnando agli stessi un peso più elevato in ragione del maggior grado di rilevanza riscontrato nell'indagine.

**Tabella 1b) Pesì determinati in base all'attuale esistenza del servizio (dati derivanti dall'indagine)**

% su vendita farmaci	Fisso per consulenza a prestazione			Fisso per prevenzione			Fisso per gestione informatizzata		
	servizio	peso	coef.	servizio	peso	coef.	servizio	peso	coef.
<b>20</b>									
	ricetta	<b>72,3</b>	0,42	misurazione pressione	<b>99,3</b>	0,58	dossier paziente	<b>0,0</b>	0,00
	formazione ECM	<b>99,3</b>	0,58	controllo del peso	<b>96,6</b>	0,56	prenotazione visite CUP	<b>73,6</b>	0,43
	incentivazione generici	<b>89,2</b>	0,52	autoanalisi sangue	<b>41,1</b>	0,24	prenotazione visite via Internet	<b>29,1</b>	0,17
	schede informative	<b>80,4</b>	0,47	defibrillatori	<b>1,4</b>	0,01	collegamento con medico	<b>0,7</b>	0,00
				controllo audiometrico	<b>17,6</b>	0,10			
				campagne prev. fumo	<b>98,0</b>	0,57			
				campagne prev. droga	<b>75,0</b>	0,43			
				campagne prev. alcool	<b>92,6</b>	0,54			
				scambio siringhe	<b>21,6</b>	0,13			
				presidi per incontinenza	<b>50,0</b>	0,29			
				assistenza domiciliare	<b>68,2</b>	0,40			
				sconti famiglie-bambini	<b>50,0</b>	0,29			
Totale		341	1,98		711	4,12		103	0,60

Nel terzo modello proposto (Tabella 1c), il peso in capo ai servizi è stato individuato in ragione dell'obiettivo di incentivare l'erogazione di quei servizi che, dall'indagine, sono emersi tra i meno erogati dalle farmacie. A tal fine è stato assegnato un peso più rilevante ai servizi che, dall'indagine, hanno evidenziato un minor livello di erogazione.

**Tabella 1c) Pesì determinanti dall'attuale assenza del servizio (dati derivanti dall'indagine)**

% su vendita farmaci	Fisso per consulenza a prestazione			Fisso per prevenzione			Fisso per gestione informatizzata		
	servizio	peso	coef.	servizio	peso	coef.	servizio	peso	coef.
<b>20</b>									
	ricetta	<b>27,7</b>	0,22	misurazione pressione	<b>0,7</b>	0,01	dossier paziente	<b>100,0</b>	0,79
	formazione ECM	<b>0,7</b>	0,01	controllo del peso	<b>3,4</b>	0,03	prenotazione visite CUP	<b>26,4</b>	0,21
	incentivazione generici	<b>10,8</b>	0,09	autoanalisi sangue	<b>58,9</b>	0,47	prenotazione visite via Internet	<b>70,9</b>	0,56
	schede informative	<b>19,6</b>	0,16	defibrillatori	<b>98,6</b>	0,78	collegamento con medico	<b>99,3</b>	0,79
				controllo audiometrico	<b>82,4</b>	0,65			
				campagne prev. fumo	<b>2,0</b>	0,02			
				campagne prev. droga	<b>25,0</b>	0,20			
				campagne prev. alcool	<b>7,4</b>	0,06			
				scambio siringhe	<b>78,4</b>	0,62			
				presidi per incontinenza	<b>50,0</b>	0,40			
				assistenza domiciliare	<b>31,8</b>	0,25			
				sconti famiglie-bambini	<b>50,0</b>	0,40			
Totale		59	0,47		489	3,88		297	2,35



Nella simulazione successiva (tabella 2a) si è inteso prestare maggiore enfasi alle categorie rispetto ai servizi. A differenza di quanto avvenuto fino ad ora, il passaggio rilevante è assegnare peso uguale a ciascuna categoria di servizi e successivamente, in ragione del numero di servizi che intendo attribuire a ciascuna categoria, rilevarne il peso ed il coefficiente.

**Tabella 2a):Peso alle categorie di servizi**

% su vendita farmaci	Fisso per consulenza a prestazione			Fisso per prevenzione			Fisso per gestione informatizzata			Totali
	servizio	peso	coef.	servizio	peso	coef.	servizio	peso	coef.	
<b>20</b>										
<b>peso</b>										
<b>categorie</b>										
<b>servizi &gt;&gt;</b>										
		<b>33,33</b>			<b>33,33</b>			<b>33,33</b>		99,99
	ricetta	1,0	0,56	misurazione pressione	1,0	0,19	dossier pazienti prenotazione visite	1	0,56	
	formazione incentivazione generici schede informative	1,0	0,56	controllo del peso autoanalisi sangue defibrillatori controllo audiometrico campagne prev. fumo campagne prev. droga campagne prev. alcohol scambio siringhe presidi per assistenza sociale sconti famiglie- bambini	1,0	0,19	CUP prenotazione visite via Internet collegamento con medico	1	0,56	
Totale		4	2,23		12	2,23		4	2,23	26,7

Nella tabella 2b) viene rappresentato il modello di remunerazione che pur dando enfasi alle singole macro-categorie, piuttosto che ai singoli servizi, procede ad individuare i pesi dei singoli servizi, appartenenti alle diverse macro-categorie, in ragione del loro attuale livello di erogazione nelle farmacie indagate, più precisamente, in misura diretta proporzionale alla percentuale di erogazione registrata. Ciò sempre finalizzato a incentivare e premiare il farmacista per l'attività già svolta.

**Tabella 2b) Pesì determinati in ragione dell'attuale erogazione dei servizi**

% su vendita farmaci	Fisso per consulenza a prestazione			Fisso per prevenzione			Fisso per gestione informatizzata			Totale
	servizio	peso	coef.	servizio	peso	coef.	servizio	peso	coef.	
<b>20</b>										
<b>peso categorie servizi &gt;&gt;</b>		<b>33,33</b>			<b>33,33</b>			<b>33,33</b>		<b>100</b>
	ricetta	<b>72,3</b>	0,47	misurazione pressione	<b>99,3</b>	0,31	dossier pazienti	<b>0,0</b>	0,00	
	formazione	<b>99,3</b>	0,65	controllo del peso	<b>96,6</b>	0,30	CUP	<b>73,6</b>	1,59	
	incentivazione generici	<b>89,2</b>	0,58	autoanalisi sangue	<b>41,1</b>	0,13	prenotazione visite via Internet	<b>29,1</b>	0,63	
	schede informative	<b>80,4</b>	0,53	defibrillatori	<b>1,4</b>	0,00	collegamento con medico	<b>0,7</b>	0,02	
				controllo audiometrico	<b>17,6</b>	0,06				
				campagne prev. fumo	<b>98,0</b>	0,31				
				campagne prev. droga	<b>75,0</b>	0,24				
				campagne prev. alcool	<b>92,6</b>	0,29				
				scambio siringhe	<b>21,6</b>	0,07				
				presidi per incontinenza	<b>50,0</b>	0,16				
				assistenza sociale	<b>68,2</b>	0,21				
				sconti famiglie-bambini	<b>50,0</b>	0,16				
<b>Totale</b>		<b>341</b>	<b>2,23</b>		<b>711</b>	<b>2,23</b>		<b>103</b>	<b>2,23</b>	<b>26,7</b>

Nella tabella 2c) è rappresentato sempre il modello di remunerazione che si prefigge di dare maggior enfasi alle singole macro-categorie. Il modello prevede all'individuazione dei pesi da assegnare ai singoli servizi, appartenenti alle diverse macro-categorie, considerando una relazione inversamente proporzionale tra ammontare del peso assegnato e livello di erogazione del servizio nelle farmacie indagate. Il modello si propone disincentivare, all'interno delle categorie, quelle attività che ad oggi risultano meno presenti.

**Tabella 2c) Pesì determinati in ragione dell'attuale assenza di erogazione dei servizi**

% su vendita farmaci	Fisso per consulenza a prestazione			Fisso per prevenzione			Fisso per gestione informatizzata			Totale
	servizio	peso	coef.	servizio	peso	coef.	servizio	peso	coef.	
<b>20 peso categorie servizi &gt;&gt;</b>		<b>33,33</b>			<b>33,33</b>			<b>33,33</b>		<b>99,99</b>
	ricetta	27,7	1,05	misurazione pressione	0,7	0,00	dossier pazienti	100,0	0,75	
	formazione incentivazione generici	0,7	0,03	controllo del peso autoanalisi	3,4	0,02	prenotazione visite CUP	26,4	0,20	
	schede informative	10,8	0,41	sangue	58,9	0,27	prenotazione visite via Internet	70,9	0,53	
		19,6	0,74	defibrillatori	98,6	0,45	collegamento con medico	99,3	0,75	
				controllo audiometrico	82,4	0,38				
				campagne prev. fumo	2,0	0,01				
				campagne prev. droga	25,0	0,11				
				campagne prev. alcool	7,4	0,03				
				scambio siringhe	78,4	0,36				
				presidi per incontinenza	50,0	0,23				
				assistenza sociale	31,8	0,15				
				sconti famiglie-bambini	50,0	0,23				
<b>Totale</b>		<b>59</b>	<b>2,23</b>		<b>489</b>	<b>2,23</b>		<b>297</b>	<b>2,23</b>	<b>26,7</b>

### 3.2 Simulazioni su due Farmacie

Allo scopo di effettuare una prima valutazione dell'effetto dell'applicazione dei modelli proposti, sulla remunerazione del farmacista, sono state realizzate due simulazioni.

Sono state, quindi, individuate due farmacie, una di piccole dimensioni ed una di dimensioni medio-grande, tali da poter essere rappresentative della realtà nazionale.

Nella raccolta dati, per alimentare il modello e realizzare la simulazione, è stata riscontrata una ovvia limitatezza del sistema informativo. Il dettaglio dei servizi da inserire nelle simulazioni, quindi, è stato individuato in ragione della disponibilità dei dati necessari alla simulazione stessa.

Le simulazioni hanno per oggetto i modelli precedentemente analizzati, e possono essere individuate come segue:

- 1.Simulazione basata sulla percentuale;
- 2.Simulazione basata sulla percentuale e un fisso a ricetta;
- 3.Simulazione basata su percentuale e un fisso per ricetta, per tipologia di farmaco.

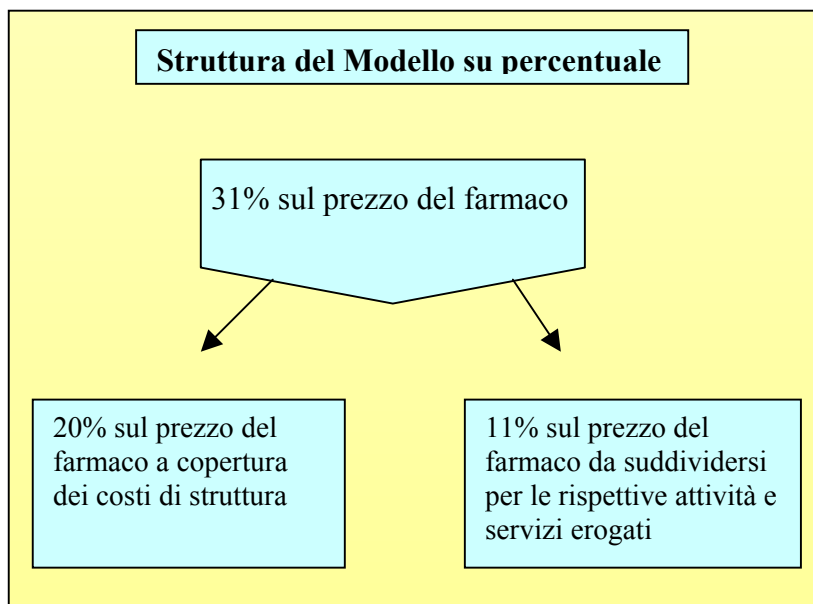
Nelle diverse simulazioni i dati per arrivare ad una evidenza, circa l'incidenza del modello di remunerazione adottato rispetto al sistema attuale, sono stati individuati come segue:

1. La percentuale del 20% per la remunerazione legata alle spese di gestione e struttura è stata individuata in considerazione che dell'intera attività svolta dal farmacista, le entrate derivanti dal SSN rappresentano circa il 50-60% delle entrate totali.
2. I valori utilizzati sono al netto dell'ulteriore sconto che le Aziende USL applicano sul rimborso alle farmacie.
3. I valori individuati per l'importo del fisso per attività di consulenza, nella simulazione legata al numero di ricette, sono stati individuati analizzando le principali tendenze internazionali, e l'attuale remunerazione per ricetta; l'importo così ottenuto è stato moltiplicato per il numero di ricette registrate dalle farmacie nel corso dell'anno 2004.
4. I valori utilizzati per l'importo del fisso per consulenza , nella simulazione legata al numero di farmaci distinti per tipologia di farmaci presenti in ricetta, sono stati individuati considerando il numero di ricette per patologia (contenenti solitamente n. 3 farmaci della stessa tipologia) e individuando la percentuale di ricette che presenta al suo interno più di un farmaco di diversa categoria. In tal modo è stato possibile individuare il valore medio di numero di farmaci diversi presenti in ricetta.
5. I dati delle prestazioni sono stati individuati tenendo in considerazione la necessaria presenza del farmacista per erogare la prestazione, dei costi sostenuti per erogare la prestazione e, se presente, il prezzo (tariffa) ad oggi mediamente applicato. L'importo così ottenuto è stato moltiplicato per il numero di servizi erogati dalle farmacie.

6. I dati per le prenotazioni CUP sono stati individuati tenendo in considerazione quanto ad oggi erogato dal SSN e del fatto che l'ammontare non permette la copertura dei costi. L'importo così ottenuto è stato moltiplicato per il numero di prenotazioni CUP.
7. Nelle simulazioni non sono stati inseriti altri servizi in quanto non era possibile reperire i dati necessari richiesti dalla simulazione stessa.

Le simulazioni presentate vedranno, quindi, una parte della remunerazione, pari al 20% del prezzo del farmaco, ancorata al modello a percentuale preesistente, mentre la restante parte della remunerazione del farmacista viene ad essere individuata secondo tre principali variabili.

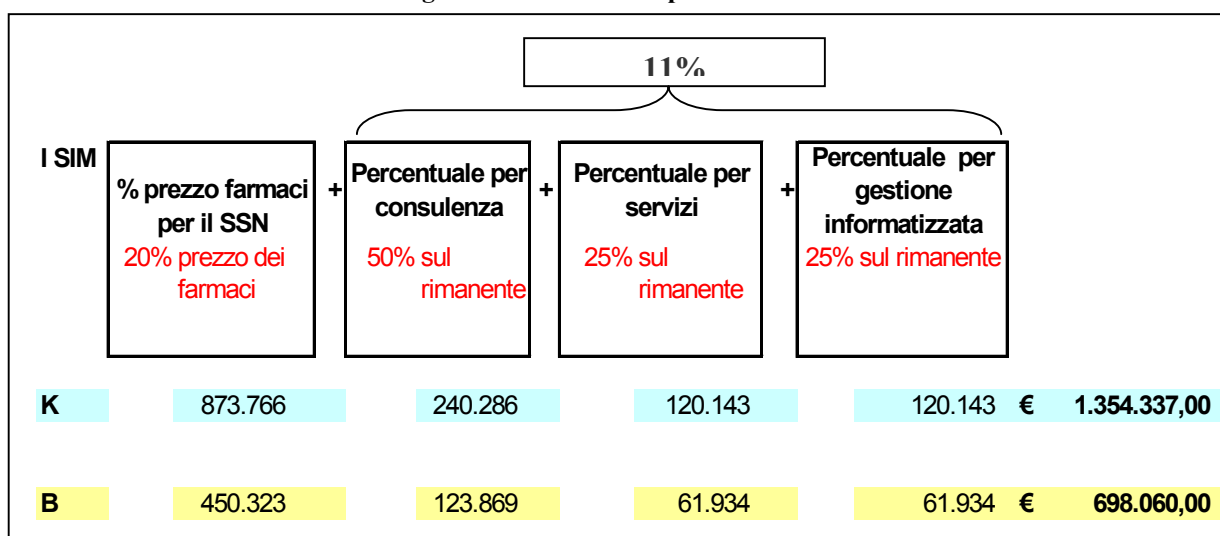
La prima variabile, che caratterizza la prima simulazione (figura 1 e figura 2), si caratterizza per voler mantenere una forte similitudine con il modello preesistente di remunerazione. Tale simulazione, infatti, mantiene come valore finale di riferimento la percentuale del 31% sul prezzo del farmaco, che viene qui scomposta in due parti (figura 1).



**Figura 1 Schema modello a percentuale**

La prima parte della remunerazione, a copertura dei costi fissi di gestione, viene individuata calcolando il 20% sul prezzo dei farmaci venduti per il SSN, mentre il restante 11% viene distribuito in ragione dell'erogazione di servizi, appartenenti alle macro-categorie prestabilite (figura 2).

**Figura 2 Simulazione a percentuale**



La simulazione del modello a percentuale poco si discosta dal modello preesistente e proprio in ragione della forte similitudine alla situazione attuale, potrebbe, in una eventuale sua applicazione, essere snaturato della sua logica di modello multidimensionale. Il rischio risiede nel fatto che il modello a percentuale non pone direttamente l'attenzione alle macro-categorie e, soprattutto, ai servizi che determinano lo svolgimento delle diverse attività da parte del farmacista. Il vantaggio di tale modello risiede proprio nel fatto di non discostarsi troppo dalle logiche fino ad oggi presenti nel nostro Paese per ciò che concerne il calcolo della remunerazione dei farmacisti. Questa forte similitudine potrebbe limitare le resistenze all'introduzione di un diverso concetto di remunerazione e portare nel tempo all'implementazione di un modello multidimensionale più legato alle attività del farmacista.

**Figura 3 Simulazione basata su percentuale, fisso per ricetta, fisso per servizi e fisso per tecnologia**

II SIM	% sul prezzo dei farmaci per il SSN 20% Sul prezzo dei farmaci SSN	Fisso per consulenza 8 Euro per ricetta	Fisso per servizi 1,5 Euro per misurazione pressione 3 Euro per autoanalisi	Fisso per gestione informatizzata 4 Euro per prenotazione cup	
<b>K</b>	873.765,80	446.288	6.639	43.276	€ 1.369.968,80
<b>B</b>	450.323	267.352	2.636	22.332	€ 742.642,10

La seconda simulazione (figura 3) si discosta notevolmente dal modello preesistente. Il modello applicato nella seconda simulazione prevede sempre una percentuale sul prezzo del farmaco (pari al 20%) a copertura dei costi fissi di gestione, ma la restante remunerazione viene calcolata attraverso l'individuazione di fissi per specifici servizi. In particolare il fisso per consulenza è stato calcolato ponendo l'enfasi sul numero di ricette che il farmacista gestisce nel corso della sua attività. L'attività consulenza, in questo caso, viene fatta coincidere con la ricetta, a prescindere dal numero di farmaci presenti in ricetta o della tipologia degli stessi (esempio tre differenti tipologie di farmaci o tre farmaci uguali). Nella simulazione, la parte di remunerazione legata alla consulenza (K = 446.288,00 euro; B = 267.352,00 euro) è stata individuata moltiplicando l'importo unitario di 8 euro per ricetta per il numero delle ricette gestite da ciascuna delle due farmacie. Lo stesso meccanismo è stato applicato per l'individuazione degli importi legati all'erogazione di servizi di prevenzione. L'importo unitario di 1,5 euro per la misurazione della pressione è stato individuato prendendo in considerazione quanto, ad oggi, viene fatto mediamente pagare il servizio dalle farmacie, mentre 3 euro per l'autoanalisi sono stati calcolati in base ai costi stimati dalle due farmacie indagate, e tenendo in considerazione la necessità della presenza del farmacista per l'erogazione del servizio. Per il calcolo della quota fissa da assegnare al servizio prenotazione CUP (unico servizio/attività per il quale erano disponibili dati per procedere alla simulazione), per la macro-categoria relativa alla gestione informatizzata, sono state considerate le quote attuali di rimborso da parte dell'ASL. Tali quote, in ragione del fatto che riescono solamente a coprire i costi (e non sempre) sono aumentate più del doppio al fine di garantire un utile al farmacista, o alla farmacia.

**Figura n. 4: Simulazione basata su percentuale, fisso per tipologia di farmaco, fisso per servizi e fisso per tecnologia**

III	Fisso su confezione farmaci per il SSN 20% prezzo farmaci	Fisso per consulenza 8 euro per tipologia farmaco in ricetta	Fisso per servizi 1,5 euro per pressione 3 euro per autoanalisi	Fisso per gestione informatizzata 4 euro per prenotazione cup	
<b>K</b>	873.766	458.552	6.639	43.276	€ 1.382.232,80
<b>B</b>	450.323	274.760	2.636	22.332	€ 750.050,10

L'ultima simulazione realizzata, schematizzata nella figura 4, parte sempre con la percentuale del 20% sul prezzo dei farmaci venduti per il SSN a copertura dei costi fissi di gestione. Rimangono immutati, rispetto alla precedente, anche il calcolo dei fissi per servizi di prevenzione e per la gestione informatizzata. Ciò che si discosta dalla precedente simulazione è il calcolo dei servizi a consulenza, qui individuati in ragione del numero di farmaci venduti. Per l'esattezza, in questa simulazione, l'attività di consulenza viene fatta coincidere con il numero di farmaci presenti all'interno della ricetta e che siano tra loro differenti. Ad esempio: se in una ricetta sono stati prescritti tre farmaci uguali (n. tre confezioni farmaco x) il farmacista si vedrà imputare 8 euro, mentre se nella ricetta sono presenti tre farmaci, tutti e tre differenti tra loro (una confezione farmaco x, una confezione farmaco z, una confezione farmaco y), il farmacista vedrà imputarsi 24 euro. La logica che si è seguiti nel legare la consulenza alla tipologia di farmaco risiede nel fatto che solitamente la consulenza è legata alla modalità di somministrazione del farmaco, alle caratteristiche o ai rischi del farmaco stesso e, qualora vi siano anche più confezioni dello stesso farmaco, l'attività di consulenza verrà svolta una sola volta.

A conclusione delle simulazioni è interessante verificare che, applicando le diverse simulazioni e confrontandole con i valori di remunerazione attuali (figura n 5), i livelli di remunerazione delle due farmacie indagate non sembrano essere soggetti a particolari variazioni nel totale del loro ammontare.



### **3.4 Considerazioni conclusive**

Il modello di remunerazione multidimensionale così individuato è teso ad evidenziare il ruolo del farmacista nel sistema salute in termini di:

- 1.Coordinamento con le ASL per l'erogazione di servizi di prevenzione e prenotazione,
- 2.Raccolta dati sulla storia farmaceutica dei pazienti/utenti,
- 3.Supporto al sistema sanitario nel percorso di razionalizzazione della spesa sanitaria e miglioramento della qualità dei servizi e delle relazioni con i pazienti/utenti.

Dallo studio svolto e dall'esito delle simulazioni sui modelli multidimensionali di remunerazione del farmacista emerge che:

- La scelta della simulazione più opportuna è strettamente legata all'obiettivo finale.
- La quota a rimborso dei costi fissi è stata individuata considerando il volume e il reddito (60% circa) derivante dai farmaci per SSN.
- L'individuazione delle attività sarà parziale in mancanza di una modalità definita per reperire tutte le prestazioni indagate, quale potrebbe essere il dossier farmaceutico.
- L'alimentazione e, ancor prima, l'installazione del dossier farmaceutico, potrebbe essere un ulteriore fattore da inserire nel modello di remunerazione.

## ***Bibliografia***

Anderson C. (2000) "Health promotion in community pharmacy: the UK situation" *Patient Education and Counseling*, n.39 p.285-291, Elsevier Science Ireland Ltd.

Anderson C. (2001) "Health Promotion in Community Pharmacy"- Country Report -UK- National Pharmaceutical Association.

Anderson C., Greene R. (1997) "The Barnet High Street Health Scheme: Health promotion By Community Pharmacists" *Pharm J.*; 259:223-5.

Autorità garante della concorrenza e del mercato, Maggio 1999, "Indagine conoscitiva nel settore farmaceutico".

Cambiè A. (2003)"Esposizione OTC a libero servizio: e se fosse come un abito su misura per il farmacista?" Partnership Giugno.

Canadian Institute for Health Information, *Drug Expenditure in Canada*, 2004.

Canadian Institute for Health Information, *Drug Expenditure in Canada*, 2004.

Canadian Pharmacists Association - Annual Report, 2002-2003.

Canadian Pharmacists Association - Annual Report, 2002-2003.

Confederatio Helvetica, (2002) "Assicurazione malattie: il Consiglio federale approva la convenzione tariffale concernente le prestazioni fornite dai farmacisti", Febbraio.

Contrat entre la Société Suisse des Pharmaciens (SSPh) et le Concordat des assureurs-maladie suisse (CAMS) relatif au mode de rémunération basé sur les prestations, Avril 2000, Suisse.

Corvari, R., King, D., Sanidas M. (2002) *Canada. Pharmaceutical pricing and reimbursement*.

Corvari, R., King, D., Sanidas M. (2002) *Canada. Pharmaceutical pricing and reimbursement*.

Department of Health, Gennaio 2004, "Local Pharmaceutical Services (LPS)-Guidance notes. London, Crown Copyright.

Department of Health, Giugno 2004, "New public health role for pharmacists". Press Office. London, Crown Copyright.

Department of Health, Luglio 2000, "The NHS PLAN - A Plan for investment, A plan for reform". London, Crown Copyright.

Department of Health, Luglio 2002, "PSNC Guidance for LPCs-Local Pharmaceutical Services-Financial and Contractual Issues". London, Crown Copyright.

Department of Health, Luglio 2003, "A Vision for Pharmacy in the New NHS", Introduzione di Rosie Winterton-Minister of State. London, Crown Copyright.

Department of Health, Luglio 2003, "Framework for a new community pharmacy contract", London, Crown Copyright.

Department of Health, Settembre 2000, "Pharmacy in the Future-Implementing the NHS Plan", London, Crown Copyright.

Fassbender K., Pickard S. A (2000), *A policy impact analysis of pharmaceutical cost containment strategies in Alberta*, Working Paper 00-12, Institute of Health Economics.

Fassbender K., Pickard S. A. (2000) *A policy impact analysis of pharmaceutical cost containment strategies in Alberta*, Working Paper 00-12, Institute of Health Economics.

Garattini L., Brunetti M., Giuliani G., Salvioni F., Vesconi D. (1996) "La distribuzione dei farmaci nei principali Paesi europei", Milano, Kailash Editore.

Garattini L., Mantovani L., Scopelliti D. (1993) "Metodologie per la determinazione dei prezzi dei farmaci nei principali Paesi europei", Milano, Kailash Editore.

Graham Calder (2000) "Motivating pharmacists", *The Pharmaceutical Journal* Vol 264, N. 7096, May 13, p. 729-731.

Graham Calder (2000) "The remuneration of pharmacy and pharmacy as a profession" *The Pharmaceutical Journal* Vol 264 N. 7086 March 4, p. 377-380.

Huttin C. (1996) "A critical review of the remuneration systems for pharmacists" *Health Policy*, n. 36, p.53-68.

Laurent Aubert, (2003), "Santésuisse lâche les pharmaciens". *24heures.ch*.

Macarthur D. (1995) "The Growing Influence of the Pharmacist in Europe - Opportunities in a changing market". London, Financial Times Pharmaceutical and Healthcare Publishing.

NPA Press Office "NPA Reaction to the Department of Health's Remuneration Offer" December 2003.

NPA Press Office "NPA Response to Prescription-Charges Increase" Febbraio 2004.

Ordine dei farmacisti del Canton Ticino, Assemblea generale 20018 giugno 2001 – Ascona, <http://www.ti.ch/dss/Discorsi/2001/20010608-Farmacisti.html>

Ordine dei Farmacisti del Cantone Ticino (2001), "Il nuovo sistema di formazione dei prezzi dei medicinali e la remunerazione del farmacista basata sulle prestazioni", <http://www.ofct.ch/>.

Partnership Gennaio-Febbraio 2000 "Superfici di vendita - L'informazione al primo posto".

Partnership Gennaio-Febbraio 2003 "L'informazione al primo posto: nel Regno Unito l'esperimento vincente di una farmacia aperta".

Partnership Giugno 2002 "Ma in Inghilterra sono riusciti a conciliare l'esposizione OTC con la professionalità"

Partnership Giugno 2002: "Tendenze di mercato"; Giugno 2003 "Nuove opportunità-Esposizione Otc a libero servizio".

Partnership Ottobre 2003 "Evoluzione della farmacia"

Partnership Ottobre 2003 "Sfruttare l'automazione per migliorare il servizio in farmacia: la consolidata esperienza inglese"

Romanow, R.J. (2002) *Building on Values: the Future of Health Care in Canada*, Commission on the Future of Health Care in Canada.

Romanow, R.J., *Building on Values: the Future of Health Care in Canada*, Commission on the Future of Health Care in Canada: 2002.

The Pharmaceutical Journal Vol 267 No 7167 p.442-443 "Remuneration for services and the role of leadership" 29 Settembre 2001.

The Pharmaceutical Journal Vol 271 No 7262 p.195 "NPA says appliance contractors hold NHS to ransom" 16 Agosto 2003.

The Pharmaceutical Journal Vol. 272 No 7287 p.205 "DoH imposes 2003-04 remuneration increase" 21 Febbraio 2004.